

Ošetrovatelská péče sestry o geriatrického pacienta v České republice a Turecku

MARTINA PALACKÁ

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina PALACKÁ**
Osobní číslo: **H10427**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče sestry o geriatrického pacienta
v České republice a Turecku**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu se zaměřením na danou problematiku.
V teoretické části definovat pojmy, charakterizovat turecké a české zdravotnictví, ošetrovatelské vzdělání a kompetence sester v České republice a Turecku.
Formulovat cíle průzkumu a připravit metodiku praktické části.
Realizovat průzkum pomocí pozorování.
V praktické části analyzovat výsledky šetření a porovnat odlišnosti v ošetrovatelské péči o geriatrického pacienta v České republice a Turecku.
Zpracovat, vyhodnotit a interpretovat získaná data.
S výsledky šetření seznámit odbornou veřejnost.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KHIDAYER, Emíre. Arabský svět, jiná planeta? 1. vydání. Praha: Mladá Fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2497-2.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ, Květa ZIKMUNDOVÁ, a kol. Vybrané kapitoly z Gerontologie. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

AKIN, Belgin, Ümit SEVIG a Nimet KARATAS. Türkiye’de gerontolog hemsireligi eğitimi (II): Bir sertifika eğitim programı gelistirme calismasi - deneyimler ve eğitim programı önerisi. C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, Antalya, Kasım 2001, vol. 5, no. 1, s. 40-43. Trends towards distance education of nursing education in Turkey. SENYUVA, Emine. Turkish Online Journal of Distance Education [online]. 2011 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: http://tojde.anadolu.edu.tr/tojde45/articles/article_8.htm.

České ošetrovatelství. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-701-3330-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.

děkanka





Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
H. B. 2013

.....
2013 4.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí sestry o geriatrického pacienta v České republice a Turecku. V práci charakterizují postavení žen, poukazují na odlišný život v Turecku, který je silně ovlivněný náboženským vyznáním Islámu, kterému je většina Turků oddána po celý život tělem i duší. Porovnávám práci sester v České republice a Turecku. Jaký je můj pohled na turecké zdravotnictví a jak jsem jej poznala já v nemocnici Namik Kemal Hastanesi v Tekirdag. Poukazují na odlišnosti tureckých pacientů / klientů hospitalizovaných v nemocnici. V práci se zmiňuji o vzdělání, kompetencích a povinnostech sester v České republice a Turecku. Zaměřuji se na specifika ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta. V praktické části zjišťuji data, týkající se ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta, úroveň a chod oddělení v České republice a Turecku pomocí rozhovoru a dotazníkového šetření.

Klíčová slova: Česká republika, Turecko, zdravotnictví, kompetence a vzdělání všeobecných sester, gerontologie, geriatrický pacient

ABSTRACT

This bachelor thesis is focused on nursing care of geriatric patients in the Czech Republic and Turkey. At the beginning I characterize Turkish women who even today have a hard life. I also try to describe the way of living in Turkey which is strongly influenced by religion. In the next part there is my view on Turkish healthcare shown and the experience I obtained in the Namik Kemal Hastanesi in Tekirdag. In the between Turkish patients / clients admitted to the hospital. The thesis further describes the education, competencies and responsibilities of nurses in the Czech Republic and Turkey. I focus on nursing care of the geriatric patients and the specifics of care. In the practical part I could be found the related datas in nursing care of geriatric patient, also the levels and run departments in the Czech republic and Turkey. All these datas I found out throught the interviews and questionnaires.

Keywords: Czech Republic, Turkey, health care, competence and education of nurses,
gerontology, geriatric patient

Děkuji paní Mgr. Anně Krátké, Ph.D za vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky a hlavně za její trpělivost. Děkuji všem sestrám zúčastněným na šetření.

Dále chci poděkovat celé své rodině za podporu a pomoc během mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Sni, jako bys měl žít navždy. Žij, jako bys měl zemřít dnes.“ **James Dean**

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 CHARAKTERISTIKA OBOU ZEMÍ	13
1.1 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2012.....	15
1.1.1 Charakteristika české ženy.....	15
1.1.2 Postavení žen ve společnosti.....	17
1.2 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE V TURECKU ZA ROK 2012.....	18
1.2.1 Charakteristika turecké ženy.....	18
1.2.2 Postavení žen ve společnosti.....	19
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	21
2.1 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER.....	21
2.2 KOMPETENCE A POVINNOSTI SESTER.....	23
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V TURECKU	25
3.1 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER.....	25
3.2 KOMPETENCE A POVINNOSTI SESTER.....	26
4 ZDRAVOTNICTVÍ V TURECKU	28
4.1 HISTORIE.....	28
4.2 TUREČTÍ PACIENTI A ODLIŠNOSTI V CHOVÁNÍ V NEMOCNICI.....	29
4.3 TURECKÉ ZDRAVOTNICTVÍ MÝMA OČIMA.....	30
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O GERIATRICKÉHO PACIENTA	31
5.1 GERONTOLOGIE.....	31
5.2 GERIATRIE.....	32
5.2.1 Pojetí geriatrického pacienta.....	32
5.3 SPECIFIKA A CÍLE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	33
5.4 SPECIFIKA A CÍLE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V TURECKU.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
6 METODIKA PRÁCE	36
6.1 CÍLE PRÁCE.....	36
6.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	36
6.3 METODY PRÁCE.....	36
6.3.1 Dotazník.....	36
6.3.2 Strukturovaný rozhovor.....	37
6.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	37
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
7.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	39
7.2 STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	65
8 DISKUZE	78
ZÁVĚR	81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	87

SEZNAM OBRÁZKŮ	88
SEZNAM TABULEK.....	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	93

ÚVOD

„Svět je jako kniha. Kdo necestuje, zůstane u první stránky.“ (Sv. Augustin)

Cílem mé bakalářské práce, která nese název *Ošetrovatelská péče sestry o geriatrického pacienta v České republice a Turecku*, je porovnat ošetrovatelskou péči o geriatrického pacienta v obou zemích. Chci poukázat na specifika ošetrovatelské péče a sdělit mé osobní poznatky týkající se nejen kultury, ale i historie a postavení žen ve společnosti. Motivací pro napsání této práce byl zahraniční studijní pobyt v Turecku.

Od února do června, roku 2012, jsem měla možnost zúčastnit se studijního pobytu, v rámci programu Erasmus¹, v Turecku ve městě Tekirdag. Pobyt trval 4, 5 měsíce a za tu dobu jsem poznala nejen kulturu, která je naprosto odlišná od té naší, ale také chod nemocnice, zdravotnický systém, chování lidí a ošetrovatelskou péči. Po celou dobu pobytu jsem byla studentkou Namik Kemal University. V celém Turecku žije více jak 76 milionů lidí, což jsem poznala na každém mém kroku. V ulicích se převážně pohybují muži, ženy jsou viděny většinou v mužském doprovodu a s dětmi.

Zúčastnila jsem se praktické výuky, a to převážně v univerzitní nemocnici Namik Kemal Hastanesi, kde jsem navštívila standardní chirurgické oddělení, chirurgické operační sály, endoskopickou a dermatologickou ambulanci a rehabilitační centrum. Také jsem navštívila soukromou oční nemocnici Trakya Hastanesi.

Cílem mé práce je porovnání ošetrovatelské péče sestry o geriatrického pacienta v obou zemích pomocí dotazníkového šetření. Druhým cílem chci zjistit úroveň a chod oddělení pomocí rozhovoru s vrchní sestrou z centra klinické gerontologie (dále LDN) z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně (dále KNTB) a s vrchní sestrou Namik Kemal Hastanesi (dále NKH) v Tekirdag. Pomocí daného šetření chci poukázat na rozdílnost, ale také uvědomění si odlišnosti života v obou zemích a pochopení jednání se starými lidmi a úcty k nim.

¹ Erasmus je studijní program, který umožňuje studentům Evropské Unie (EU) bezplatně studovat na zahraničních univerzitách v rámci EU. Dostupné z: <http://www.naep.cz/erasmus>

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA OBOU ZEMÍ

Česká republika (dále ČR), je zemí, která je srdcem střední Evropy. Svou rozlohou, necelých 79 000 km², patří ke středně velkým evropským státům. Sousedí se Slovenskem, Polskem, Rakouskem a Německem. Hranice jsou lemovaná pohořími, z nichž největší jsou Krkonoše a podél řek se táhnou nížiny. Klimatické podmínky se dají přirovnat k přechodu mezi kontinentálním a oceánským typem. Typické je střídání čtyř ročních období. ČR má 10,5 milionů obyvatel a nachází se 3 000 km od Turecka. Hlavním městem je Praha. ČR je parlamentní republika, která vznikla 1. ledna 1993 rozdělením České a Slovenské Federativní republiky. V náboženství převládá římsko – katolická víra (39,2 %), 39,7 % obyvatel je bez vyznání a zbytek obyvatel jsou menší církve a náboženské společnosti.

Turecko je zemí, kde se potkává Evropa s Asií. Známa svou velkolepou historií Osmanské říše. Najdeme v této zemi mnoho kulturních odlišností. Svou rozlohou, 783 562 km² je sto-krát větší než Česká republika. Byla založena v roce 1923 a první prezident Mustafa Kemal Atatürk zavedl mnoho změn, které přispěly k rozvoji demokratického státu.

Islám je nejmladší světové náboženství v Turecku, ale i arabském světě v současnosti nejvíce rozšířeno. Znamená odevzdanost a podřízenost Alláhovi. Zakladatelem byl prorok Mohamed. Muslimové se řídí posvátnou knihou Korán, která se považuje za neomylné slovo boží a obsahuje věci, které se týkají víry, předpisy, morální záležitosti a vztahy mezi lidmi. (Líšková, Nádaská, et. al. 2005, s. 67) Existuje pět základních pravidel, neboli „pět pilířů víry“, kterými by se měl každý muslim řídit. Zahrnuje je vyznání víry, vykonávání denních modliteb, dodržování půstu během ramadánu, poskytování almužny a nakonec pouť do Mekky. (Khidayer, 2011, s. 43)

V dnešní době je tomu často jinak. Každý, kdo do této země přijede, čeká, že všechny dívky či ženy budou zahaleny od hlavy až k patě, jenže dnešní mladší generace toto opatření moc nedodržuje a obléká se „evropsky“. Záleží však, zda jsou dívky vychovány podle islámských pravidel, v takovém případě šátka nebo *Abáa*² nosit musí a žádná část těla nesmí být viděna. To samé platí při návštěvě koupališť, koupání v moři, proto mají pro tuto příležitost speciální plavecké oblečení, které vypadá trochu směšně, ale splňuje to, co se žádá.

² *Abáa* je lehký černý plášť, který zakrývá ženské tvary, aby nepřitahovaly pozornost mužů. (Khidayer, 2011, s. 236)

Ve škole a ve službách je zákonem nošení šátků zakázané, já osobně jsem se s tímto zákazem nesetkala. Mé spolužačky nejen ve škole, ale i na praxi v nemocnici šátky nosily, byly přizpůsobené uniformě, aby nepřekážely při práci.

Velkou roli hrají mešity, které se nacházejí v každém městě, ale nepotkáte před nimi zástupy modlících se lidí. Jsou nádherné i jednoduché. „Mešita je svatostánek plný ticha, pokoje a hlavně meditace. Většina z nich je otevřena ve dne v noci, aby poskytla útulek tomu, kdo to potřebuje“ (Khidayer, 2011, s. 43). V dnešní době se v mešitách modlí převážně starší muži. Co se týká žen, mohou vstoupit do mešity pouze zahalené v šátku a většinou mají oddělenou část pro modlitbu od mužů.

V mešitě probíhá pět modliteb denně: v hodině před východem slunce, v poledne, odpoledne, po západu slunce a v noci. Průběh rituálu spočívá v mytí rukou, předloktí, obličeje a nohou tekoucí vodou. Při modlení musí být věřící hlavou otočený k Mekce a zaujímá různé pozice. (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská 2005, s. 219)

Ramadán je devátý měsíc islámského kalendáře, který trvá 28 – 30 dnů a zároveň je nejvýznamnějším svátkem pro všechny muslimy. Každý zdravý a dospělý muslim se během ramadánu musí vzdát, od východu do západu slunce, jídla, pití, kouření a soulože. Těchto postních povinností jsou zproštěni nemocní, staří a slabí lidé, děti, těhotné a kojící ženy, ženy v průběhu menstruace. Smyslem tohoto svátku je uvědomění si islámského náboženství, je vnímán jako očista těla a duše, na druhou stranu však způsobuje určitou míru zátěže, méně se v noci spí, více pije a jí. V dodržování půstu může dojít k celkové slabosti a poruše koncentrace. (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská 2005, s. 218-219)

Dalším znakem Islámu je mužská obřízka, která doposud ještě nevymizela. U mužů má i hygienický důvod a obvykle ji postupují před nástupem do první třídy, tedy v 6 – 7 letech. K této události patří veselá slavnost, kdy je chlapec středem pozornosti, je oblečen do kostýmu sultána či krále a v doprovodu bubeníků a troubících aut si užívá svůj velký den. Tento obřad probíhá většinou v sobotu nebo neděli a chlapci jsou obdarováni cennými dary.

1.1 Demografické údaje České republiky za rok 2012

Počet obyvatel k 30. 9. 2012 je 10 513 209.³

Věková struktura:	0 – 14 let	14,7 %
	15 – 64 let	69,1 %
	65 let a více	16,2 %

Míra populačního růstu: 0,2 %

Plodnost: 1,4 narozených dětí / 1 žena

Porodnost: 10,4 porodů / 1 000 obyvatel

Úmrtnost: 10,2 úmrtí / 1 000 obyvatel

Naděje na dožití při narození: muži 74,7 roků, ženy 80,7 roků

Procentuální zastoupení seniorů ve věku 65let a více: 16 % (1,7 milionu seniorů)

Náboženství: Římsko – katolické 26,8 %, protestantské 2,1 %, ostatní 3,3 %, nespecifikované 8,8 %, ateisté 59 %

Etnické skupiny: České 90,4 %, Slovenské 1,9 %, ostatní menšiny 4 %, neidentifikované 0,8 %

1.1.1 Charakteristika české ženy

Povolání sestry vykonávají v převážné většině ženy, proto tato charakteristika a pojmenování kapitoly.

„Žena je ženou každou svou částí své bytosti, nikoli pouze svým lůnem...celá žena je mateřství. Tak uvedl francouzský lékař Bernutz v roce 1874 své tvrzení, které nese všechny známky ideologie, jež definovala ženu s ohledem na její pohlaví“ (Abramsová, 2005, s. 29).

Současná role ženy v postavení sestry v ošetřovatelství má své kořeny už v minulosti. Dívky a mladé ženy vybíraly toto budoucí povolání uvážlivě, většinou o ní již něco věděly. Ať už byl důvod výběru jakýkoliv, vždy se rýsovalo v pozadí sociální cítění, snaha a chuť pomáhat. „Ve vzpomínkách sester se nejčastěji pro výběr objevují tyto motivy: poválečné výzvy

³ český statistický úřad. Dostupné z: <http://www.czso.cz/>.

v rozhlase a tisku doplnit personál v nemocnici, někdo z rodiny pracuje ve zdravotnictví, sama poznala práci sester, když ležela v nemocnici.“ At' už byl u mladistvých důvod jakýkoliv, s postupem času se ženy s prací sestry sžily natolik, že ji, i přes pracovní či osobní těžkosti, dělaly celý život a dokonce se zaujetím. (Rozsypalová, Svobodová, Zvoníčková, 2006, s. 9-10)

V dřívějších dobách byla „sestra–ošetřovatelka“ brána jako asistentka lékaře, která by měla plnit bez výhrady jeho příkazy. Postupem času docházelo k rozvoji vzdělání a z pouhých ošetřovatelek se staly kvalifikované sestry. „Povolání zdravotní sestry je jedno z těch, kde je nutné se neustále vzdělávat. Není možné ustrnout a vydržet se znalostmi a dovednostmi nabytých v době přípravy na tuto profesi, neboť rozvoj medicíny, s ní související techniky a ošetřovatelství jako samostatného oboru vyžaduje být „neustále v obraze“ (Svobodová, 2006, s. 1).

Profese sestry i dalších nelékařských profesí je velmi náročná. Objektem je člověk a dobrá péče sestry o lidi by měla být založena na sedmi vlastnostech. Patří sem zdatnost a dovednost. Sestra musí být dostatečně vzdělaná v oboru, znalosti musí udržovat, ale také je rozšiřovat a umět spojit teorii s praxí. Dále být trpělivá nejen při ošetřovatelských výkonech. Schopnost víry, ale nemusí jít o víru v náboženském slova smyslu, také by měla být poctivá, skromná, mít vždy naději i v těch nejnáročnějších situacích a mít odvahu za své jednání nést odpovědnost. (Bártlová, Marková, 2008, s. 13)

Do jisté míry ovlivňuje povolání sestry její životní styl a to ve všech oblastech. Česká žena se dokáže postarat o děti i celou rodinu, denně dojíždět do práce několik kilometrů, je svým způsobem hospodyňka a živitelka zároveň, na což je většina žen patřičně hrdá. Český feminismus byl typický pro svou ostražitost, nestavěl se proti mužům, ale šlo především o uplatnění žen v životě civilním a v roce 1918 se ve Washingtonské deklaraci objevila zásada, že ženy budou postaveny na úroveň mužů.⁴ Podle mého názoru je česká žena schopna se postarat nejen o sebe, ale i rodinu bez pomoci muže.

⁴ Stručná historie feminizmu. Dostupné z: < <http://www.feminismus.cz/historie.shtml>>.

1.1.2 Postavení žen ve společnosti

„Celý svět významů existuje pouze díky ženě; žena je podstatou mužských skutků i citů, ztělesněním všech hodnot, které pohánějí jejich svobodu kupředu“

(Simone de Beauvoir)

„Postavení ženy ve společnosti bylo a je po celou dobu existence lidstva určováno zejména nespornou biologickou zátěží, která je u žen nesrovnatelně vyšší než u mužů.“ Jak uvádí sexuolog Jaroslav Zvěřina, „v dobách, kdy porodnost byla téměř vždy živelným výsledkem sexuální aktivity lidí, rodily ženy v průběhu svého života šest a více dětí.“ Život ženy a její klíčovou rolí byla z velké části reprodukční funkce, těhotenství a následná péče o děti. (Revue politika, 2004, s. 1)

Jak je žena, v roli sestry, vnímaná společností? Není snadné na tuto otázku odpovědět. Dle mého názoru je profese sestry oceněna, až když se člověk ocitne v pozici pacienta. V okamžiku, kdy začne být na přístup a práci sestry zcela závislý.

Rozšířená základna činností sestry je postavena na několika etických zásadách. Patří mezi ně například zvýšená samostatnost spojená s převzetím větší osobní odpovědnosti sestry, ochota sestry aktivně hájit zájmy pacienta a pečovat o něj s maximálním akceptováním jeho důstojnosti a potřeby intimity. Pro realizaci ošetrovatelského procesu založené na aktivním kontaktu sestry s pacientem je nezbytné, aby měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Důvěryhodnost sester má silný vliv na názor společnosti na ošetrovatelské povolání a spoluvytváří jeho společenskou prestiž. Vliv má také vzhled sestry, jak vypadá a jedná, vyjadřuje mnoho o tom jaká je. (Staňková, 2002, s. 17)

„Nemocní kolem sebe rádi vidí čisté, usměvavé sestry a když se s nimi někdy později setkají na veřejnosti, živě se k nim hlásí a projevují jim úctu“ (Rozsypalová, Svobodová, Zvoníčková, 2006, s. 35).

1.2 Demografické údaje v Turecku za rok 2012

Počet obyvatel k 1. 7. 2012 je 79 749 461.⁵

Věková struktura: 0 – 14 let: 26,6 %

15 – 64 let: 67,1 %

65 let a více 6,3 %

Míra populačního růstu: 1,2 %

Plodnost: 2,1 narozených dětí/ 1 žena

Porodnost: 17,6 porodů / 1 000 obyvatel

Úmrtnost: 6,1 úmrtí / 1 000 obyvatel

Naděje na dožití při narození: muži 70,7 roků, ženy 74,8 roků

Procentuální zastoupení seniorů ve věku 65 let a více: 7,5 % (5,7 miliónů seniorů)

Náboženství: Muslimské 99,8 %, ostatní 0,2%

Etnické skupiny: Turecké 70 – 75 %, kurdské 18 %, ostatní menšiny 7 – 12 %

1.2.1 Charakteristika turecké ženy

„Mít dceru je jako mít trn v patě.“ (Frouzová, 2011, s. 14)⁶

Na otázku, jak žijí ženy v islámském světě, není jednoznačná odpověď. Záleží, v jakém vyrostá žena prostředí, zda ve městě či na venkově, narodí – li se do chudé nebo bohaté rodiny, jak je vychovávána a od toho všeho se odvíjí její budoucí život. Vše začíná už výchovou, kdy chlapce rodiče posílají hrát si ven, dívky spíš drží doma, aby pomáhaly s domácností a byly

⁵ BARRIENTOS, Miguel a Claudia SORIA. Index Mundi [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: <<http://www.indexmundi.com>>.

⁶ Alžírské přísloví.

připravovány na svou budoucí roli manželky a matky. „Náboženská výchova v Turecku je spornou záležitostí s množstvím konfliktního chápání a vnímání“ (Fitzpatrick et al., 2009).⁷

Ženy se tak často zmítají ve vnitřním konfliktu, protože na jedné straně na ně útočí pravidla moderního života, že je normální navazovat známosti, na druhou stranu musí zachovat tradice a zůstat nedotčené. (Frouzová, 2006, s. 13-18). Od toho všeho se odvíjí to, že rovnocennost, mezi mužem a ženou v Turecku a islámském světě, je neuvážená. Na vlastní kůži jsem zažila, že mi bylo jasně dáno najevo, že jsem „jen žena“ a nemám právo vyjádřit svůj názor. Ze začátku jsem si na odlišná pravidla těžko zvykala, ale nic jiného mi nezbývalo, musela jsem se přizpůsobit a hlavně zachovat chladnou hlavu. Občas mi to bylo i nepříjemné, protože pro místní obyvatele i studenty jsem byla stálou atrakcí a to i po několika měsících mého pobytu v městě Tekirdag. Zkušenost však k nezaplacení.

V dnešní době je mnoho žen z islámského světa, ale i Turecka negramotných. Do školy se posílají spíše chlapci, kteří mají i snazší přístup ke stipendiím. Za živitele rodiny se považuje muž, proto musí mít patřičné vzdělání. Proti této diskriminaci žen bojuje spousta vysoko postavených žen. Jedna z nich je sociálně demokratická poslankyně Evropského parlamentu pro Nizozemsko paní Emine Borkurt. Aktivně působí ve Výboru pro práva žen a rovnost mezi pohlavím. V jejím návrhu, jak předcházet diskriminaci, odstranit nerovnost a podpořit rovnost žen a mužů a hlavně dosadit ženské osazenstvo do parlamentu v Turecku, jsem se dočetla, že díky této novele by mohlo Turecko vstoupit do Evropské Unie. Musela by se zvýšit úroveň vzdělání u žen a možnost postavení v zaměstnání jako muži, zabránit domácímu násilí, které by bylo bráno jako trestný čin. (Borkurt, 2012)⁸

1.2.2 Postavení žen ve společnosti

Většinou je to muž, který vydělává a živí rodinu, tudíž má ve všem poslední slovo. (Frouzová 2006, s. 23) Pokud by se žena chtěla rozvést, obnáší to zdlouhavý proces a vysvětlování proč. Zda je týraná, denně bita a už to nezvládá. K tomu všemu, musí vrátit muži všechno, co ji za celé manželské soužití dal, včetně dětí, které po rozvodu zůstávají výhradně otci. Žena na ně

⁷ „Religious education in Turkey is a highly contested issue with many conflicting understandings and perceptions.“ Dostupné z: <<http://education.illinois.edu/online/gse/documents/samples/turkey.pdf>>.

⁸ BOZKURT, Emine. *Women's rights; Turkey's way to Europe*. [online]. 2012. [2012-01-14]. Dostupný z: <www.esiweb.org/pdf/esi_turkey_tpq_id_84.pdf>.

nemá sebemenší nárok. „Vidět je může jen tehdy, pokud její exmanžel projeví dobrou vůli. Rozhodnutí je výhradně na něm“ (Khidayer, 2011, s. 99). Bohužel v této pozici jsou ženy v nevýhodě, ale na druhou stranu, Islám velmi zlepšil jejich postavení. Před příchodem Islámu bylo v arabských kmenech normální zabít nemluvňata ženského pohlaví. Dívky se považovaly za méněcenné. Ve skutečné rodině i společnosti je dívka vždy ochraňována, milována a respektována. Islám dívkám zaručil právo na ochranu života, podporu a hlavně důstojnost. Dále přinesl ženám právo přísahat i svědčit u soudu. Před Islámem slovo ženy nemělo žádnou váhu. Podle veršů z Koránu, ve kterých je napsáno, aby muži ženskou neposlušnost trestali bitím, je jádrem sporu. Většina tvrdí, že to dává právo mužům chovat se k ženám nadřazeně a bít je jako otroka. V dnešní době má muž právo na toto násilí a ženou musí být snášeno. Zakazuje se ženu i dítě bít do tváře, protože je ohrožena nejkrásnější část těla. I Češky a Evropanky patří mezi časté oběti násilných mužů.

Co se týká zahalených muslimek, je to povinnost vůči Bohu. Přesto by k tomu neměla být žena nikdy nucena. Záleží na jejím vnitřním přesvědčení. Podle islámu, má právo spatřit ženu v celé její kráse jen její muž. (Khidayer 2011, s. 94–100)

Ženská role v islámském světě je role matky a vychovatelky. Úkolem je vychovat potomky a dát jim správnou islámskou výchovu. Manželka je ochránkyně rodinného krbu i důvěrníci svých dětí, proto je pro muslima důležitý výběr budoucí ženy. Povinnosti muže je uživit celou rodinu, když ženě, ve většině případů, zakázal chodit do práce.

Jak je vnímána turecká žena v roli sestry? První právní úprava odborného ošetřování byla schválena v roce 1954. Požadavkem, jak se stát profesionální sestrou, bylo absolvování a ukončení tříletého studia na vysoké školy, dosažení věku 25let a vykonávat toto povolání mohly pouze ženy. Teprve od roku 2007 vznik nového zákona umožnil mužům se vzdělávat v bakalářských programech ošetřovatelství a poskytovat ošetřovatelskou péči jako sestra. Nyní v Turecku mají mužské a ženské sestry stejné postavení a povinnosti. (*The Online Journal of Issues in Nursing*, 2008)

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE

Ošetřovatelství je multidisciplinární vědou, která své poznatky rozvíjí v interakci s medicínou a dalšími vědními obory jako je filozofie a etika, psychologie, pedagogika, statistika, sociologie a nepochybně sem patří i historie profese a vzdělání. (Kutnohorská, 2010, s. 7) „Ošetřovatelství je morálním uměním, jehož základem není jen zvládnutí technické stránky profese, ale také osobnostní výbava sestry s mimořádným důrazem na její etickou stránku“ (Krátká, Kutnohorská, Cichá et. al., 2011, s. 7).

Sestra je povinna při své práci respektovat etická pravidla ošetřovatelské péče. Jedná se o upevňování zdraví a přecházení nemocem, zlepšování zdravotního stavu a rozvíjet soběstačnost, napomáhat ke smysluplnému životu ve zdraví a nemoci, tišit bolest, přispívat ke klidnému umírání a důstojné smrti. Práce sestry je založena na úctě k životu, respektuje důstojnost, lidská práva jedince a to bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení či postavení ve společnosti. Ošetřovatelská péče vychází z individuálních potřeb každého jedince. (*Jak se můžeme registrovat v České asociaci sester*, 2001, s. 61)

„Povolání zdravotní sestry / ošetřovatelky je krásné a náročné: na vědomosti, na psychickou výbavu sestry, komunikační dovednosti, schopnost empatie.“ (Kutnohorská, 2010, s. 7) „Je hodně sester, které své profesi daly nejen své schopnosti a dovednosti, ale svou každodenní práci prokazují (prokazovaly) vysokou morální úroveň. Každý den se sestry setkávají s lidskými neštěstími, s umíráním, s okamžiky, které mění hodnoty člověka. Výbava ošetřovatelek-sester a požadavky na ně jsou aktuální v celém historickém vývoji této profese. Kulturní vzorec osobnostní výbavy „člověka pečující o jiné“ se vyvíjí od doby, kam až sahá naše historická paměť“ (Krátká, Kutnohorská, Cichá et. al. 2011, s. 7 – 9).

2.1 Vzdělávání sester

Zdravotničtí pracovníci poskytující ošetřovatelskou péči lidem musí být pro toto povolání kvalitně připraveni. Během vykonávání práce si neustále musí doplňovat vědomosti a dovednosti o nové informace a musí se neustále vzdělávat. (Kelnarová, 2009, s. 22)

Ošetrovatelskou péči podle koncepce zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném zákonem⁹ a zvláštním právním předpisem¹⁰. Patří zde zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. (Pochylá, 2005, s. 11)

Díky změnám v legislativě, přijetí zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních¹¹ a transformaci v ošetrovatelském vzdělávání byla výuka všeobecných sester na středních zdravotnických školách (dále jen SZŠ) ukončena. Ve školním roce 2004/2005 byli přijímáni studenti na SZŠ již do oboru zdravotnický asistent. Ten může vykonávat činnost pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry či lékaře. Studium je ukončeno maturitní zkouškou. Od roku 1996 v ČR existuje tříleté studium základního odborného vzdělání. Toto studium je pro všechny absolventy středních škol a nabízí kvalifikaci v určitých oborech (např. diplomovaná všeobecná sestra, diplomovaný zubný technik apod.). Absolventi vyšších odborných škol, bez ohledu na zaměření, jsou podle zákona označováni jako diplomovaný specialista (titul DiS.) a studium je ukončeno absolutoriem. Další možnosti odborného vzdělávání a zvyšování kvalifikace mají sestry nejprve v bakalářských, později na magisterských a v současnosti i doktorských programech. (Bužgová, Plevová, 2011, s. 51)

Bakalářský tříletý studijní program, po jehož absolvování získají absolventi se souhlasem Ministerstva zdravotnictví ČR oprávnění vykonávat zdravotnické povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu v oboru všeobecná sestra a titul Bc. mohou oprávněně pracovat v oblasti prevence, ochrany a péče o zdraví. Samostatně mohou poskytovat individuální péči a oporu zdravým, nemocným, handicapovaným, umírajícím, rodinám a komunitám.¹²

⁹ **Zákon č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

¹⁰ Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Od 14. března 2011 však platí **vyhláška č. 55/2011** o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz>>.

¹¹ Odborná způsobilost k výkonu povolání oboru ošetrovatelství se začala získávat absolvováním zdravotnického bakalářského studijního programu (studium trvá nejméně tři roky, zahrnuje 4 600 vyučovacíh hodin odborné výuky – teoretická a praktická část) nebo absolvování tříletého studia na vyšší odborné škole. (Kutnohorská, 2010, s. 159)

¹² *Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.* [online]. 2010-2013 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <<http://www.utb.cz/fhs/struktura/bakalarsky-studijni-program-osetrovatelstvi-studijni-obor>>.

Důležitou součástí je i celoživotní vzdělávání, které by měl absolvovat každý zdravotník, který chce své povolání vykonávat dobře. Odborné znalosti si musí neustále doplňovat studiem na vysokých školách, v institutech, četbou odborných knih a časopisů, aktivní účastí na seminářích a odborných konferencích¹³. Zdravotník by se měl neustále zdokonalovat v písemném i ústním projevu, musí ovládat cizí jazyk, mít znalosti z multikulturního ošetřovatelství. Musí umět komunikovat s nemocným, rodinou, ale i s ostatními pracovníky a s veřejností. (Kelnarová, 2009, s. 23)

2.2 Kompetence a povinnosti sester

Vyhláška ze dne 1. března 2011, zákon č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků vymezuje činnost všeobecné sestry dle § 4 následujícím způsobem¹⁴, které jsem si dovolila shrnout:

Všeobecná sestra dle tohoto zákona může vykonávat činnost bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může vyhodnocovat potřeby nemocných a úroveň soběstačnosti, sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce, pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta, zajišťovat dětem herní terapii, edukovat pacienty, podávat psychickou podporu umírajícím a příbuzným.

Pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializační způsobilostí může vykonávat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči.

Dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může vykonávat činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. Patří zde podávání léčebných přípravků, zavádění a udržování kyslíkové terapie, provádění katetrizace, výplach žaludku.

¹³ **Vyhláška č.4/2010** ustanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=cc33f8ca-8ce2-47c1-ae74-93b261621ec1&groupId=11063>.

¹⁴ Česko. *Zákon o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*: § 4 Všeobecná sestra. In 55/2011 Sb. 2011, 20, s. 484-485. Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886>>.

Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může aplikovat nitrožilně krevní deriváty asistovat při zahájení transfúzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.¹⁵

¹⁵ Znění celé vyhlášky je k dispozici viz. příloha I.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V TURECKU

„Açın halini tok bilmez, hastanın halini sağ bilmez“¹⁶

Všeobecná sestra je vnímána jako asistent lékaře. Je součástí zdravotního personálu, pomocnou a pravou rukou lékaře, který by se bez ní neobešel. Pečuje o pacienty, je empatická a snaží se naslouchat. Dostupnost zdravotní péče v Turecku se liší od regionu k regionu. Ve větších městech mají celou řadu státních i soukromých zdravotnických zařízení. Státní nemocnice jsou většinou přelidněné, v tom smyslu, že péče je základní a není zpoplatněna, proto je využívána více. Zdravotní péče není však na takové úrovni jako v České republice.

3.1 Vzdělávání sester

Turecko nabízí několik různých typů ošetřovatelské přípravy. Jedním z nich je tříletý diplomovaný stupeň, který byl nabízený v roce 1920. Školy byly na úrovni středních škol, na kterých učily sestry studenty, jak aplikovat injekce a vakcíny, přikládat obvazový materiál a poskytnout pacientovi základní ošetřovatelskou péči. Po obdržení diplomu, absolvování tohoto stupně výuky, měli absolventi možnost poskytovat péči, pro kterou byli připravováni. V roce 1958 se tento stupeň vzdělání rozšířil na 4 roky. Absolventi také získali diplom a museli splnit 3 700 hodin praxe. Sestra, která toto vzdělání získala, byla připravena vykonávat povolání už od 18 roku života, jenže tento věk se zdál příliš nízký k započetí odborné praxe. Proto se začalo usilovat, aby profesionální ošetřovatelství bylo univerzitním oborem. Po absolvování střední školy studenti složili zkoušku na základě přijímacího řízení a po úspěšném splnění mohli začít studiem ošetřovatelství. V rámci univerzit byla nabízena dvouletá, „nástavbová výuka“¹⁷, modelována podle nástavbových výuk ve Spojených státech amerických, aby se zvýšila poptávka po sestrách. V roce 1996 se přišlo na to, že dvouletá výuka neposkytne sestráh adekvátní přípravu, proto byla přeměněna na 4letou výuku bakalářského typu. Pro vstupní požadavky, ke studiu v bakalářském vzdělání do roku 2007, byly uspokojivé univerzitní přijímací

¹⁶ **Překlad tureckého přísloví:** „Sytý člověk neví co je hlad, zdravý neví co je nemoc.“
Dostupné z: < <http://chi.cz/prislovi/turecka-prislovi>>.

¹⁷ **Associate-degree programs**, dle mého překladu chápána jako nástavbová výuka. Dostupné z: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/ArticlePreviousTopic/NursinginTurkey.html>>.

zkoušky ÖSS (dnes YGS) ¹⁸ a být ženského pohlaví. Teprve od dubna 2007 začali být muži akceptováni v ošetrovatelském programu jako sestry. (Dal, Kitis, 2008)

Pro shrnutí, dnes se nabízí vzdělání pro sestry ve 4letém bakalářském programu, který následuje po ukončení střední školy. „V Turecku existuje 85 vzdělávacích institucí nabízejících bakalářský program, převážně se jedná o státní univerzity. Výukový program nabízí 4 600 hodin teorie a aplikovaného ošetrovatelského vzdělávání, což splňuje požadavky Evropské Unie pro vzdělání všeobecných sester“ (Dal, Kitis, 2008, s. neuvedena)¹⁹

Absolventi bakalářského studia mají možnost pokračovat ve vzdělávání, tak jako u nás, v magisterském či doktorandském programu.

3.2 Kompetence a povinnosti sester

„První právní úprava odborného ošetrování v Turecku byla schválena roku 1954. Zákon nastínil požadavky pro ty, co se toužili stát profesionálními sestrami“ (Dal, Kitis, 2008, s. neuvedena).²⁰ Sestra většinou vykonávala ošetrovatelské činnosti podle platné legislativy a pod dohledem lékaře. Nicméně, tento zákon dostatečně neodpovídal potřebám ošetrovatelské péče, proto v dubnu 2007 byla novelizace zákona a podle nových předpisů jsou sestry oprávněny:

- a) vykonávat léčbu písemně podloženou lékařskou ordinací s výjimkou mimořádné situace;
- b) identifikovat a uspokojovat bio – psycho - sociální a spirituální potřeby;
- c) komunikovat s rodinou;
- d) diagnostikovat proces plánování, realizace, sledování, hodnocení;
- e) identifikovat potřeby nemocného.

¹⁸ ÖSS, název byl změněn na YGS – přijímací zkouška pro studium na dané univerzitě. Dostupné z: <<http://www.osym.gov.tr/belge/1-13888/2013-osys-ogrenci-secme-ve-yerlestirme-sistemi.html>>.

¹⁹ *There are now 85 nursing schools offering baccalaureate programs, most of which are in state universities. These programs provide 4600 hours of theoretical and applied nursing education, thus meeting the European Union (EU) requirement for the number of hours of nursing education.* Dostupné z: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/ArticlePreviousTopic/NursinginTurkey.html>>.

²⁰ *The first legislation regulating professional nursing in Turkey was passed in 1954. The law outlined educational requirements for those desiring to become professional nurses.* Dostupné z: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/ArticlePreviousTopic/NursinginTurkey.html>>.

f) plnit lékařskou ordinaci v souladu s platnou legislativou

Sestry nesou zodpovědnost za vykonané ošetrovatelské činnosti a větší pravomoci ji umožňují vyšší vzdělání. Mají možnost se také specializovat v určitých oborech, mohou provádět i domácí ošetrovatelskou péči, ale díky nerovnoměrnému rozložení obyvatelstva v Turecku je nedostatečný počet sester. Z toho důvodu nemůže být poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče v celé zemi. (Dal, Kitis, 2008, s. neuvedeno)

4 ZDRAVOTNICTVÍ V TURECKU

„Podle světové organizace World Health Organization (WHO), země musí mít navržený zdravotní systém tak, aby poskytl potřebnou zdravotní péči každému ve vysoké kvalitě. Tento servis musí být efektivní, snesitelný na náklady a sociálně přijatelnou elegancí“ (*Health Tourism Handbook*, 2012).²¹

Ministerstvo zdravotnictví je zodpovědné za tvorbu i realizaci zdravotní politiky, poskytování zdravotní péče na celostátní úrovni a je zodpovědné za realizaci léčebné prevence v rámci zásad primární zdravotní péče.

V Turecku, roku 2003, byl zahájen program pro transformaci zdravotnictví. Hlavním cílem programu je organizovat, financovat a efektivně poskytovat zdravotní péči. Roku 2004 ustanovilo Národní Shromáždění právní legislativu týkající se rodinného lékařství. V souladu s legislativou se očekává od rodinného lékařství, že bude sloužit až 4 000 jedincům a bude zodpovídat za poskytování preventivní a léčebné zdravotní služby registrovaným osobám. Do června 2009 bylo zahájeno tak zvané rodinné lékařství ve 33 provinciích Turecka²² a zahrnovalo 17 miliónů obyvatel. (Turkey Demographic and Health Survey 2009, s. 10-11)

4.1 Historie

Ošetrovatelská péče má za úkol udržet a zlepšit zdraví lidí, ale také pečovat o nemocné. Zdravotní péče je jedním ze základních lidských práv. (Ergöl, Ş. 2011, s. 153)

Moderní ošetrovatelství v Turecku je spojováno s Florence Nightingalovou. Od roku 1912 sestry poskytovaly péči raněným vojákům v balkánských válkách. Válka přinesla spoustu zraněných, přistěhovalců, ale byla doprovázena i epidemií cholery (Obr. 1). Istanbulské dámy z bohatého šlechtického rodu byly ovlivněné Florence natolik, že ji podporovaly finančně, materiálně, ale samotné byly dobrovolně zapojeny do ošetrovatelské péče zraněných. Téhož roku, Dr. Besim Omer, který byl hlavním aktérem ve sdružení Červeného půlměsíce²³, a Dr.

²¹ „According to the World Health Organization, a country's healthcare system must be designed in a way as to provide the necessary healthcare to everyone in high quality. This service must be effective, at bearable costs and in a socially acceptable fashion“ (*Health Tourism Handbook*, 2012).

Dostupné z: < <http://www.worldhealthand3rdagetourism.org/images/HealthTourismHandbook2012EN.pdf>>.

²² **Turecko má 81 provincií.** Dostupné z: < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Turecko>>.

²³ Mezinárodní federace společnosti Červeného kříže a Červeného půlměsíce (IFRC) je největší světová humanitární síť, ve 187 státech, má více než 13 milionů dobrovolníků. Poskytují pomoc bez diskriminace na základě

Nihat Resat Berger, se zúčastnili kongresu Červeného kříže ve Washingtonu, od té doby bylo ošetřovatelství bráno jako profese (Obr. 2, 3). Po příjezdu zdůraznil potřebu ošetřovatelské péče v Turecku a zavedl 6 měsíční kurz, kde se dobrovolně trénovala ošetřovatelská a lékařská péče. (*The Online Journal of Issues in Nursing*, 2008)

Tento pokrok nabyl váhy hlavně po první světové válce. Ošetřovatelské i lékařské profese jen kvetly. Přítomnost žen v pracovním životě byl omezován díky negativním sociálním a politickým sankcím. V roce 1923 přišel zvrat a s vyhlášením republiky v souladu se současnými reformami status tureckých žen v ošetřovatelství opět vzrostl. Mustafa Namik Atatürk dopomohl k tomu, aby se zlepšila úroveň vzdělávání žen / sester, došlo k mezinárodnímu vývoji a Turecko začalo propagovat vzdělání v ošetřovatelství i na univerzitní úroveň. Vysokoškolské vzdělání začalo v roce 1955. Byly zřízeny univerzitní školy ošetřovatelství v Izmiru, střední zdravotnické školy Florence Nightingale v Istanbulu a Ankaře a to roku 1961. (Bahcecik, Alpa 2009, s. 698- 702)

4.2 Turečtí pacienti a odlišnosti v chování v nemocnici

Islám praví, že smrt a život, nemoc a zdraví jsou vůle boží. Lidem tohoto vyznání prikazuje, aby léčili své nemocné a provedli všemožné k prevenci nemoci. Toto náboženství ukládá svým stoupencům, aby věřili v každý lék. Všeobecně platí názor, že prevence je lepší než lék, proto se prikazuje muslimům, aby prováděla dostupná opatření. Důležitá je očista, kdy se muslim musí denně k modlitbám omývat, ale také po každém pohlavním styku, ženy po menstruaci. Co se týká modlení v nemocnicích, jsou muslimové tohoto zproštěni, ale ortodoxní muslimové za každou cenu modlitbu vykonávají. Musí odstranit podpažní chlupy třikrát týdně a v oblasti genitálu jednou za čtrnáct dní. Dále Islám říká, aby si zuby čistili více jak jedenkrát denně a posledním pravidlem je střídmost. To znamená, že je zakázáno jíst nebo pít cokoliv škodlivé, co ovlivňuje zdraví člověka, což jsou i drogy, alkohol a jiné toxické látky. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská 2005, s. 218)

Ve všech arabských zemích, nejen v Turecku, je stravování velkou událostí, hlavně večere, zakončená přeslazeným dezertem. U stolu se sejde celá rodina a konzumují kvantum jídla i dvě

hodiny. Proto i v nemocnicích chtějí příbuzní zabránit tomu, aby se pacient stravoval sám. Nosí mu navařené jídlo z domu a v nemocničním prostředí bez ostychu se nají nemocný s členem rodiny. Nešlo přehlédnout, že pacienti neměli nemocniční pyžama jako u nás, ale po celou dobu hospitalizace normální oblečení, ve kterém přišli. Ženy ani šátky z hlavy nesundaly, dokonce se mi stalo, že jedna vzdorovala, i když šla na operační sál. V islámských zemích o nemocného pečují nejen zdravotnický personál, ale roli „ošetřovatele“ přebírá člen rodiny. V nemocnici byly podobné návštěvní hodiny jako u nás, ale upřímně, měla jsem pocit, že navštěvovat nemocného chodili rodinní příslušníci v kteroukoliv dobu. Dokonce na pokoji u každého lůžka bylo rozkládací křeslo, ve kterém návštěvník mohl přenocovat s pacientem a ráno se s ním v poklidu nasnídat a být mu nápomocen 24 hodin denně.

4.3 Turecké zdravotnictví mýma očima

Měla jsem možnost navštívit soukromou oční nemocnici Trakya Hastanesi (Obr. 4) a univerzitní nemocnici Namik Kemal Hastanesi, kde jsem absolvovala praxi na chirurgickém a kožním oddělení a operačním sále. Na každém oddělení to funguje podobně jako u nás, jen s tím rozdílem, že na směně jsou většinou dvě sestry, ošetřující lékař a administrativní pracovnice, která veškeré informace o pacientovi zaznamenává do nemocniční databáze v počítači. Velkou pomocí je aktivní člen z rodiny nemocného. Pokud má pacient problém, obrátí se na něj. Lékaři na mě působili velice ochotně a snažili se vše vysvětlit nejen v tureckém, ale i anglickém jazyce. Jazyková bariéra byla pouze u sester, které většinou neuměly anglicky. Mojí náplní na praxi bylo měření tlaku, odběr žilní krve a zavedení žilní kanyly, aplikace injekcí, přikládání elastických bandáží, měření teploty, pulzu, dechu a převezení pacienta na operační sál. U nás v Česku je praxe dle mého úsudku lepší a úplně na jiné úrovni, za to v Turecku je na prvním místě respektovaná intimita každého pacienta a dostatek soukromí.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O GERIATRICKÉHO PACIENTA

„Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora.

Kdo nezemře mlád, ten mu neujde. A měl by proto na ně být připraven.

O stáří se v poslední době mnoho mluví a píše. Ale na něco jako bychom při tom zapomněli.

Mezi těmi dobře míněnými radami chybí jedna: jak stáří unést. Jak brát stáří jinak, než jako, soubor obtíží‘.

Jak mu dát smysl, pozitivní charakter“

(Ondrušková dle Haškovcové, 1989, s. 13)

Stárnutí populace se týká snad celého světa. Je důležitým fenoménem, se kterým by měli počítat nejen systémy zdravotní péče, ale i sociální služby a zabezpečení. Týká se celé společnosti, jejich politiků na centrální, regionální a místní úrovni, které budou častěji stavěny před problémy a výzvy plynoucí ze stárnutí celé populace. (Holmerová, Jurášková, Zikmundová 2007, s. 12) Přístup ke starým a nemocným lidem vyžaduje respektování tělesných a duševních potřeb, zachování důstojnosti i individuálního přístupu. Součástí je přiměřená komunikace a humánní péče. Původ geriatrického ošetřovatelství má kořeny v Anglii a je spojován se jménem Florence Nightingalové. Její vize byla ovlivněna ošetřovatelstvím v komunitě. V minulosti starost o staré, nemohoucí připadala zejména rodině, občas pomohli bohatí a často na sebe tento úkol převzala církev. Z této iniciativy se začala rozvíjet charitativní pomoc a péče. V Česku neexistovala až do roku 1990 terénní služba domácí péče, geriatrické sestry pracovaly v ordinacích praktických lékařů, ale součástí praxe byla i návštěvní služba v rodinách seniorů. (Jarošová 2006, s. 39-41)

5.1 Gerontologie

„Pojem gerontologie je odvozen z řeckého slova geron, gerontos, tj. starý člověk, a pojmu logos, tj. nauka. Gerontologie je interdisciplinární věda, souhrn poznatků o stáří a starých lidech. Zkoumá zákonitost, příčiny a projevy stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří.“ Gerontologii má tři součásti. Gerontologii experimentální, která se zabývá procesem stárnutí a jeho příčin, proč a jak živé organismy stárnou. Gerontologii klinickou, která se zabývá zvláštnostmi zdraví, podpory ve stáří, funkčním zdravím, involučním poklesem, chorobami, diagnostikou, ale i léčením, prevencí a rehabilitacemi ve stáří. A třetí, gerontologie sociální se zabývá existencialitou a životem ve stáří, jaké jsou vztahy mezi seniory ve společnosti. (Čevela 2011, s. 63-64)

5.2 Geriatrie

Podle prof. MUDr. Evy Topinkové (2005, s. 3) je geriatrie definována jako „samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70 – 75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezení funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče“.

Zkráceně lze také definovat jako „lékařský obor zabývající se diagnózou a léčbou chorob starých osob a péčí o ně.“ (Vokurka, Hugo 2008, s. 146) Jsou určité cíle geriatrie, kterými by se měl nejen zdravotnický, ale i lékařský personál řídit. Jedná se o zvýšení šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví, včasné vyhledání akutních i chronických onemocnění a jejich vhodná léčba a monitorování. Dalším cílem je dosažení co nejvyšší aktivity, zdatnosti, ale také soběstačnosti, nezávislosti v prostředí a udržení kvality života v souvislosti se zdravotním stavem seniora.

„Moderní geriatrie má intervenčně – preventivní charakter. Kromě specifických metod zdravotní péče se od ostatních oborů medicíny odlišuje šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče (nejen interdisciplinární lékařské, ale i ošetrovatelské a rehabilitační) a akceptováním zdravotně-sociální povahy v seniu“ (Topinková, 2005, s. 3).

5.2.1 Pojetí geriatrického pacienta

Za geriatrického pacienta je možno z kalendářního hlediska označit seniora určitého věku. Na hranici časného stáří je to dnes obvykle 65 let nebo vlastní stáří 75 - 80let. Vhodnější je chápat geriatrického pacienta, který má specifické zdravotní nebo zdravotně-sociální potřeby a svým zdravotním a funkčním stavem vykazuje zvýšené riziko. Jedná se o pacienty s několika souběžnými chorobami (multimorbidní), se zvýšeným rizikem, se sníženým funkčním potenciálem a dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu se závažným omezením. (Kalvach, 2008, s. 25)

K tomuto tématu se z velké části váže pojem geriatrická křehkost. Ta je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů, úbytkem svalové a kostní hmoty, poruchou pevnosti kostí ve stáří. Je také zhoršená mobilita, svalové síly a koordinace, porucha imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. (Topinková, 2005, s. 9) „Křehkost je třeba chápat

především omezenou nebo chybějící funkční rezervu, potřebnou k překonání nemoci a odvrácení komplikací“ (Oster, 2010, s. 119).

5.3 Specifika a cíle ošetrovatelské péče v České republice

Specifickým znakem chorob u geriatrických pacientů je zvláštnost v průběhu. U těchto pacientů se vyskytuje několik chorob současně, která mají tendenci ke vzniku komplikací a ve většině případů zcela nezmizí. Příznaky onemocnění jsou netypické. Do popředí klinického obrazu se staví mikrosymptomatologie a ani akutní choroba nemá tak dramatický spád jako v mladším věku. Nemoci mají sklon k protahovanějšímu, déle trvají, většinou předchází do chronicity. Vlivem dlouhodobé hospitalizace dochází ke vzniku takzvaných geriatrických syndromů. Mezi ně můžeme zařadit imobilizační syndrom, inkontinenci, instabilitu, obstipaci, poruchy spánku, pády a úrazy, ortostatickou hypotenzi, dekubity, poruchu výživy, demenci, depresi a delirium. (Hegyí, 2010)

Cílem poskytované péče je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, zvláště u snižování chronické disability, nemocností. V pozdější stáří zlepšování prognóz akutních zdravotních stavů, odvrácení ztráty soběstačnosti a zachování účinnosti a účelnosti léčebných metod do nejvyššího věku. Následná péče se souladem s koncepcí oboru geriatry rozvíjí úspěšné stárnutí. Také prohlubuje poznání o specifičnosti patogeneze a manifestaci chorob ve stáří, rozpracovaná hodnocení funkčnosti stavu seniora, jeho sociální homeostázy a interakci na prostředí. Dále rozvíjí specifický režim, který podporuje geriatrického člověka v adaptaci, autosanaci, rekonvalescenci a brání specifickým komplikacím, to se týká i iatrogenie. Pozornost je především věnována nepřetržitému vývoji a zkvalitňování odborné ošetrovatelské péče i v rehabilitačním ošetrovatelství. (Přehnal, 2001)²⁴

5.4 Specifika a cíle ošetrovatelské péče v Turecku

Turecko je vývojová země a počet starších obyvatel se stále zvyšuje. Vliv na to má především migrace z venkova do měst, domácí péče ovlivňuje psychické, sociální i ekonomické struktury a důležitost hraje starající se rodina, většinou žena v domácnosti. (Akin et al. 2001, s. 40-43) Velkým problémem v této zemi je nedostačující dovednost a znalost sester v péči o geriat-

²⁴ Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP. Návrh koncepce oboru geriatry. [online]. 2001. [2013-01-12]. Dostupný z: <www.cggs.cz/dokumenty/koncepce_geriatry.doc>.

rického pacienta v oboru geriatricke. Turecké zdravotnictví bylo upozorněno, dle studie, aby se zlepšila znalost v oboru geriatricke, znalost sester komplexní péče o geriatrickeho pacient, dále by se měla zlepšit kvalita života seniorů v Turecku, vynaložit větší úsilí o kvalitnější ošetrovatelskou péči a věnovat více pozornosti seniorům. Díky těmto nedostatům vznikl státní strategický plán²⁵, týkající se zlepšení situace starých lidí v Turecku a národní plán zabývající se problematikou stárnutí.

U starších osob dochází ke změnám v organismu a s postupným odchodem do důchodu se změni starším lidem i jejich každodenní činnosti, dochází ke změně životního stylu, přidají se zdravotní problémy a život seniorů je složitější. V Turecku existují domy s pečovatelskou službou, ve kterých mohou být ubytování senioři nad 60 let, kteří nepotřebují lékařský dozor a léčbu, nemají infekční či závažné onemocnění. Tyto domovy poskytují služby těm, kteří se cítí osamělí a touží po společnosti. Poskytují příležitost seznámit se s jinými staršími lidmi a podílejí se na sociální a denní činnosti. Domovů však není dostatek. (*The situation of Elderly people in Turkey and national plan of ation on ageing, 2007*)

Také se v Turecku vytvořil projekt s názvem „domácí péče o seniory“, která uspokojuje potřeby seniorů, o které se nezvládne rodina postarat sama. Lidí, ochotní podílet se na tomto projektu projdou výcvikem a poté jsou přijímáni do rodin

„V arabském světě jsou staří lidé nesmírně vážení. Když vstoupí do místnosti nebo z ní odchází, všichni na znak úcty povstanou. Názory prarodičů a rodičů se téměř bez výjimky respektují.“ (Khidayer, 2011, s. 54) Úcta ke stáří je vidět prostě všude.

²⁵ Státní strategický plán vznikl v roce 2007 v Turecku. Dostupné z: <www.dpt.gov.tr/DocObjects/.../eylempla-i.pdf>.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Cíle práce

Cíl č. 1 – Zjistit úroveň ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta v České republice a Turecku

Cíl č. 2 – Zhodnotit úroveň a chod oddělení v České republice a Turecku

6.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Základním souborem pro dotazníkové šetření bylo deset všeobecných sester pracujících na oddělení LDN v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a deset sester chirurgického oddělení z nemocnice Namik Kemal Hastanesi v Tekirdag v Turecku. V NKH není oddělení pro geriatrické pacienty, proto jsem zvolila takové oddělení, na kterém byli pacienti ve stejné věkové kategorii jako na LDN ve Zlíně. Základním souborem byly dvě skupiny respondentů. První skupina respondentů bylo deset sester z KNTB a deset sester z NKH. Druhá skupina respondentů byly vrchní sestry.

6.3 Metody práce

Při zpracování této bakalářské práce byla využita metoda dotazníkového šetření a metoda strukturovaného rozhovoru.

K prvnímu cíli jsem využila položky dotazníkového šetření č. 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 a položku č. 26 a 27 ze strukturovaného rozhovoru.

K druhému cíli jsem využila položky dotazníkové šetření č. 5, 6, 7, 14 a důležitou roli hrály položky č. 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 ze strukturovaného rozhovoru s vrchní sestrou z daných zařízení.

6.3.1 Dotazník

Dotazník i rozhovor se řadí mezi tzv. explorační výzkumné metody získání informací od respondentů. Metoda dotazníků je založena na otázkách a skládá se z tzv. dotazníkových položek.

Použitý dotazník obsahuje 25 položek (příloha P III). Jednotlivé položky dotazníku vedly ke stanovení cílů. Úvod dotazníků obsahuje oslovení respondentů – představení, seznámení

s tématem průzkumu, zdůraznění anonymity a návod pro vyplnění dotazníků. Pro turecké sestry byl dotazník přeložen do anglického jazyka (příloha P IV).

Druhy položek v dotazníku:

Položky uzavřené s volnou odpovědí: 2, 4, 8, 9

Položky uzavřené: 2, 3, 4, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25

Položky otevřené: 5, 6, 7, 10, 11, 19, 20, 23

Položky demografické: 1

6.3.2 Strukturovaný rozhovor

Rozhovor je přímá interpersonální metoda, kdy jedna osoba klade osobě druhé otázky určené k získání odpovědí, které napomáhají k řešení výzkumného problému. Díky tomuto rozhovoru jsem zjistila rozdíly ve vzdělání vrchních sester, personálu, řízení a chodu oddělení a osobního názoru v péči o geriatrického pacienta v daných zařízeních v České republice a Turecku.

Využitý rozhovor obsahuje 27 položek (příloha P IV). Rozhovor je standardizovaný – otázky jsou předem určeny a odpovědi přesně zapisovány. První rozhovor jsem si nahrávala na diktafon a posléze doslova přepsala. Druhý rozhovor byl uskutečněn pomocí moderní techniky přes Skype, který umožňuje provozovat internetovou telefonii a videohovory, a byl přesně zapisován a přeložen z anglického jazyka do českého (příloha P V).

Charakteristika položek rozhovoru:

Položky č. 1 - 9 zjišťují osobní údaje vrchní sestry, proč se chtěla stát sestrou, jaké je její vzdělání, popřípadě specializace, jak se dostala do role vrchní sestry.

Položky č. 10 – 25 jsou zaměřeny na zdravotnický personál, jak si vrchní sestry vybírá personál, podle čeho a jaká je nejdůležitější vlastnost sestry, jaká je spolupráce s personálem, jaký je multidisciplinární tým.

Položka č. 26 se zaměřuje na komunikaci personálu s rodinnými příslušníky.

Položka č. 27 zjišťuje názor vrchní sestry na kvalitu života geriatrického pacienta.

6.4 Zpracování získaných dat

Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla uspořádána do tabulek četností. Podle podskupin byly sečteny absolutní a relativní četnosti a následně vytvořeny grafy. Zpracování dat bylo provedeno pomocí Microsoft Excel, kdy byla data vložena do tabulek a poté graficky

znázorněna. Při zpracování číselných dat jsem nepoužila u relativní četnosti desetinná čísla z důvodu menšího počtu respondentů (20).

Absolutní četnost (n) udává počet respondentů, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem.

Relativní četnost (r %) je vyjádřena v procentech a informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

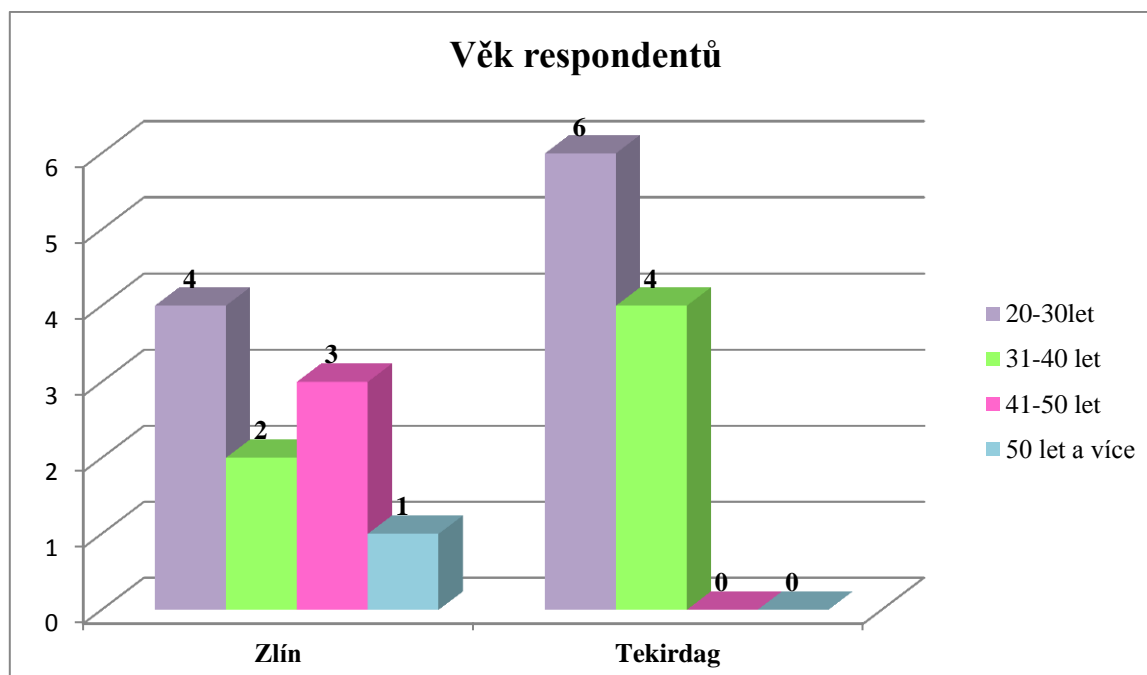
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 Dotazníkové šetření

Dotazníková položka č. 1: **Kolik je Vám let?**

Odpověď	Zlín		Tekirdag	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
20-30 let	4	40	6	60
31-40 let	2	20	4	40
41-50 let	3	30	0	0
50 let a více	1	10	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 1 Věk respondentů



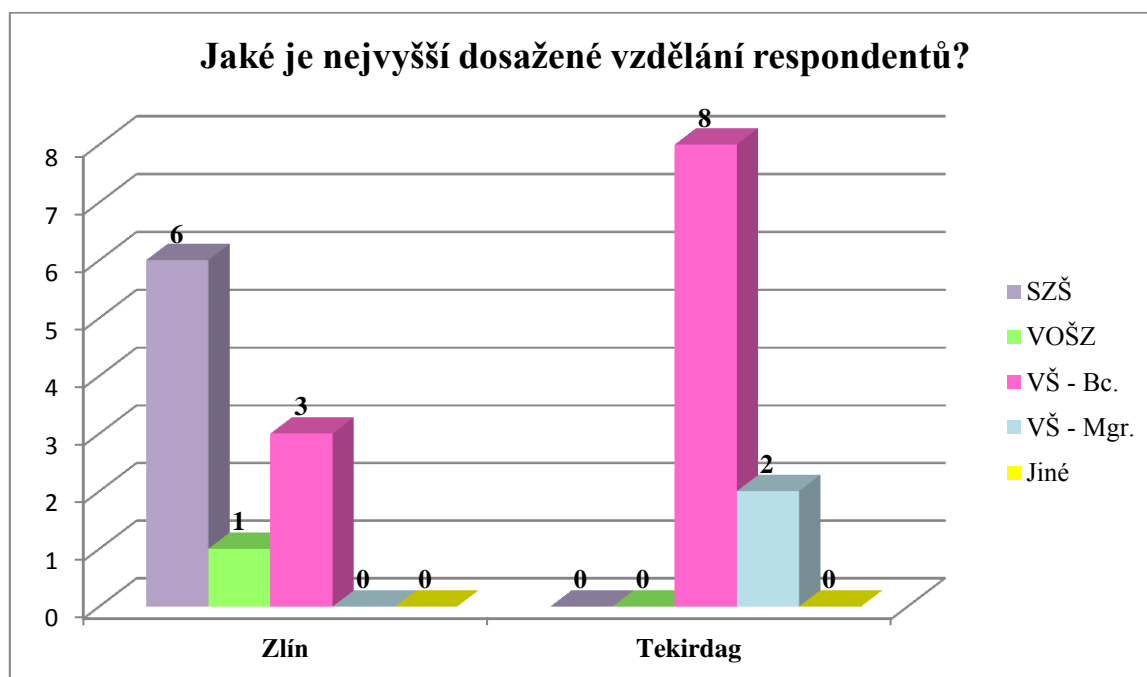
Graf 1 Věk respondentů

Z průzkumu vyplývá, že sestry, jak ze Zlína, tak z Tekirdag se nejčastěji pohybují ve věkové kategorii 20 – 30 let (40 % a 60 %) a druhou nejvíce zastoupenou věkovou kategorií je 31 – 40 let (20 % a 40 %), jen 30 % respondentů se nachází v kategorii 41 – 50 let, v tureckém zastoupení 0 % a zbylých 10 % českých respondentů je ve věku 51 let a více.

Dotazníková položka č. 2: **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je.**

Odpověď	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
SZŠ	6	60	2	20
VOŠZ	1	10	0	0
VŠ – Bc.	3	30	6	60
VŠ – Mgr.	0	0	2	20
Jiné	0	0	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 2 Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?



Graf 2 Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?

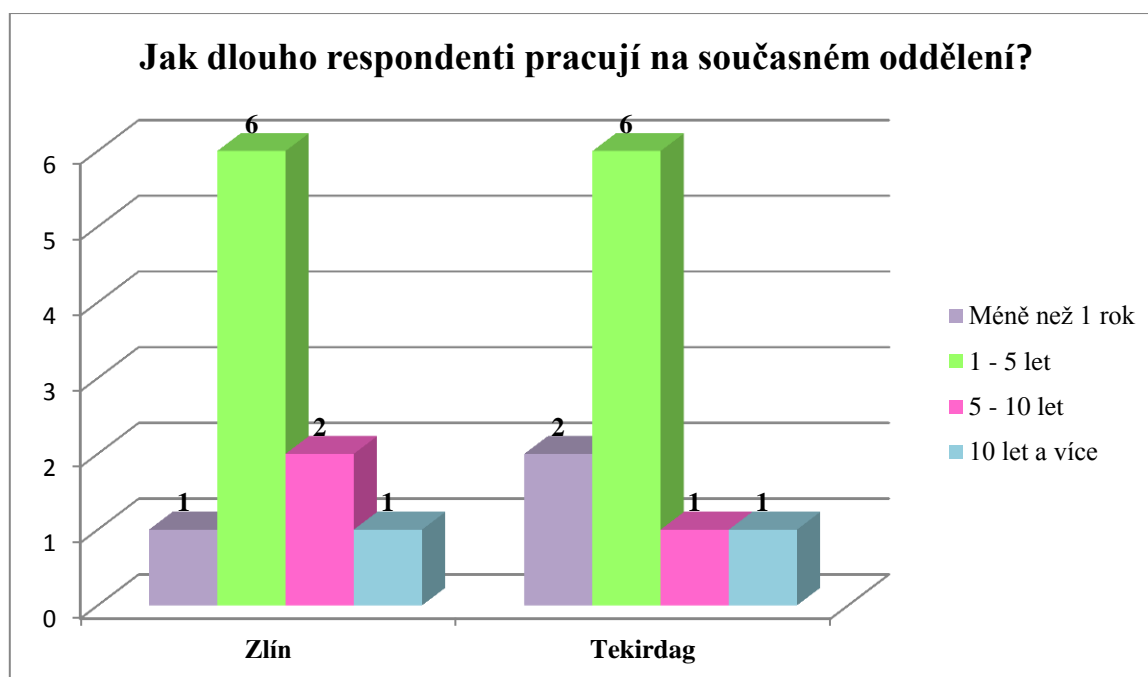
Z celkového počtu 10 respondentů ze Zlína má 60 % středoškolské vzdělání (SZŠ), 30 % respondentů má vysokoškolské vzdělání a titul Bc a 10 % respondentů má vzdělání na vyšší odborné škole zdravotnické (VOŠZ).

Z celkového počtu 10 respondentů z Tekirdag má 60 % respondentů má vysokoškolské vzdělání, 20 % respondentů má vysokoškolské vzdělání a titul Mgr. a 20 % středoškolské vzdělání (SZŠ).

Dotazníková položka č. 3: **Jak dlouho pracujete na současném oddělení?**

Odpověď	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Méně než 1 rok	1	10	2	20
1 – 5 let	6	60	6	60
5 – 10 let	2	20	1	10
10 let a více	1	10	1	10
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 3 **Jak dlouho respondenti pracují na současném oddělení?**



Graf 3 **Jak dlouho respondenti pracují na současném oddělení?**

Z grafu č. 3 vyplývá, že 60 % respondentů ze Zlína je zaměstnáno na oddělení 1 – 5 let, 20 % respondentů pracuje už 5 – 10 let, 10 % respondentů pracuje na současném oddělení méně než rok, a zbývajících 10 % 10 let a více.

V Tekirdag 60 % respondentů je zaměstnáno na oddělení 1 – 5 let, 20 % respondentů pracuje na současném oddělení méně než rok, 10% respondentů pracuje 5 – 10 let a zbývajících 10 % 10 let a více.

Dotazníková položka č. 4: **V jakém pracujete provozu?**

Odpověď	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Nepřetržitý	10	100	10	100
Dvousměnný	0	0	0	0
Třisměnný	0	0	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 4 V jakém provozu pracují respondenti?



Graf 4 V jakém provozu pracují respondenti?

Výsledek tohoto grafu je jednoznačný, 100 % respondentů ve Zlíně i Tekirdag pracuje v nepřetržitém pracovním provozu.

Dotazníková položka č. 5: **Kdo pracuje v multidisciplinárním týmu?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a všichni odpověděli, že se multidisciplinární tým skládá z lékaře, vrchní sestry, staniční sestry, všeobecných sester, sanitářek a sester specialistek.

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a všichni odpověděli, že se multidisciplinární tým skládá z lékaře, anesteziologů, vrchní sestry, staniční sestry a sester.

Dotazníková položka č. 6: **Jaká je skladba personálu na denní, odpolední a noční směně?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a většina z nich označila a doplnila skladbu personálu na denní a noční směnu, protože pracují v nepřetržitém provozu. Na denní směně je 1 staniční sestra, 2 všeobecné sestry, 1 sestra a 1 převozový sanitář na ranní směnu, 2 sanitáři a 2 rehabilitační sestry také na ranní směnu. Na noční směně je 1 sestra a 1 sanitářka.

Tekirdag: odpovědi na otázku také využilo všech 10 respondentů (100 %) a také označila a doplnila skladbu personálu na denní a noční směnu ze stejného důvodu. Na denní směně je staniční sestra a 5 sester. Na noční směně jsou 2 sestry.

Dotazníková položka č. 7: **Je podle Vás na oddělení dostatek zdravotnického personálu?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a volně doplnili své odpovědi. 8 respondentů (80 %) si myslí, že je na oddělení nedostatek personálu, 1 respondent (10 %) si myslí, že na oddělení není moc personálu, ale pro chod oddělení stačí a poslední 1 respondent (10 %) si myslí, že je na oddělení dostatek personálu jak kdy. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Ne.“

„Moc ne, ale v rámci možností stačí.“

„Jak kdy.“

„Nedostatek, moc pacientů, málo sester.“

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a volně doplnili své odpovědi. 8 respondentů (80 %) si myslí, že je na oddělení nedostatek personálu a 2 respondenti (20 %) si myslí, že je na oddělení dostatek zdravotnického personálu.

Dotazníková položka č. 8: **Myslíte si, že je Vaše práce doceněna?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	2	20	8	80
Ne, proč?	8	80	2	20
Celkem	10	100	10	100

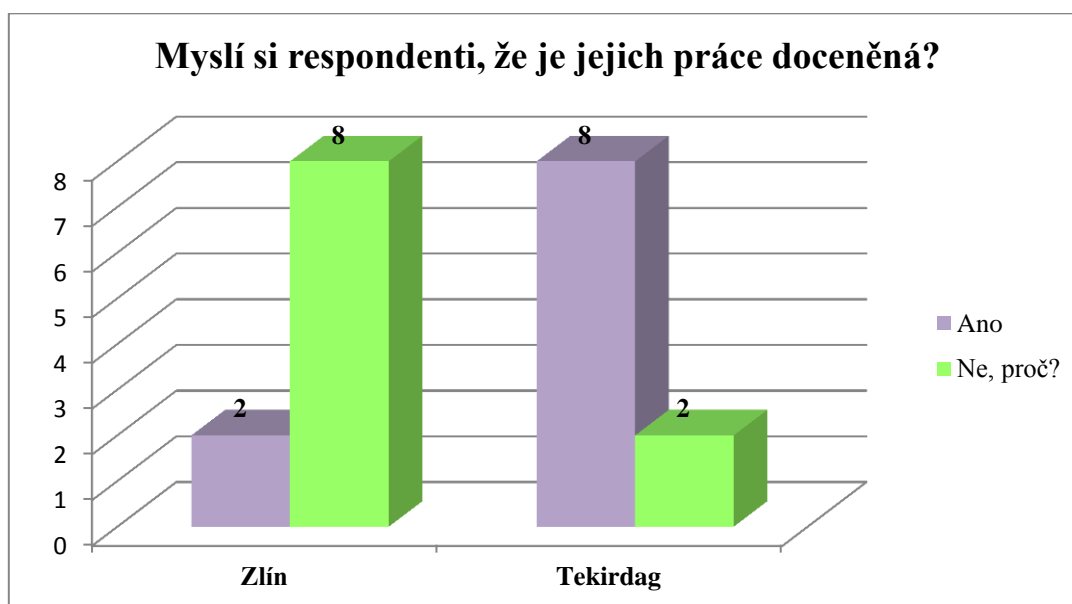
Tabulka 8 Myslíte si respondenti, že je jejich práce doceněna?

Zlín: odpovědi na otevřenou otázku využilo 8 respondentů (80 %) a volně doplnili své odpovědi. Nejčastější odpověď byla, že jsou nedoceny platově. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Ne, protože jsme nedostatečně platově oceněny za těžkou práci, kterou vykonáváme.“

„Ne, nejsme. Kdo si to nikdy nezkusil, pracovat se starými lidmi, tak nepochopí, co to všechno obnáší.“

Tekirdag: odpovědi na otevřenou otázku využili 2 respondenti (20 %) a volně doplnili své odpovědi. Shodli se na odpovědi, která souvisela s doceněním od pacientů a platovým ohodnocením.



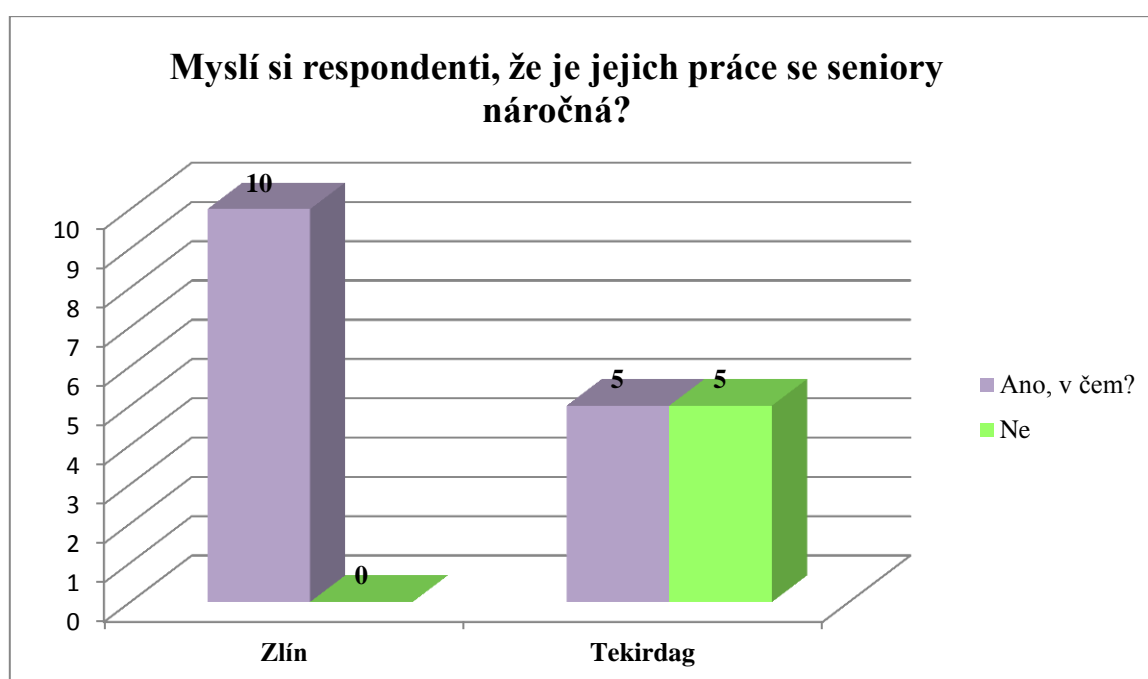
Graf 8 Myslíte si respondenti, že je jejich práce doceněna?

Z grafu č. 8 vyplývá, že 80 % respondentů ze Zlína si myslí, že je jejich práce nedoceněna a 20 % respondentů si myslí, že je doceněná. V opačném případě, 80 % respondentů v Tekirdag je přesvědčeno, že je jejich práce doceněna, 20 % respondentů si to ale nemyslí.

Dotazníková položka č. 9: **Myslíte si, že je Vaše práce se seniory náročná? Pokud ano, tak v čem nejvíce?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	N	r (%)	N	r (%)
Ano	10	100	5	50
Ne	0	0	5	50
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 9 Myslí si respondenti, že je jejich práce se seniory náročná? V čem nejvíce?



Graf 9 Myslí si respondenti, že je jejich práce se seniory náročná? V čem nejvíce?

Zlín: odpovědi na otevřenou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a většinou doplnili své volné odpovědi. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Ano, určitě je. Po fyzické i psychické stránce, je to namáhavá práce.“

„Ano, jste na směně jedna sestra a máte na starost třeba 18 pacientů. Je to stresující.“

„Ano, na noční jste jen jedna sestra se sanitářkou, když se něco stane, tak za všechno zodpovídám já.“

„Ano, občas mě ta práce hodně stresuje.“

Tekirdag: odpovědi na otevřenou otázku využilo 5 respondentů (50 %) a doplnili své volné odpovědi. Zbýlých 5 respondentů (50 %) odpovědělo, že práce se seniory není tak náročná.

Zde jsou citace některých z nich:

„Ano, je těžká, protože starý člověk vyžaduje jinou péči než mladý.“

„Ano, je s ním špatná spolupráce.“

„Ano, ale nápomocí je vždy rodinný příslušník.“

„Ano, málo platově ohodnocená.“

Z průzkumu je patrné, že 100 % respondentů ze Zlína považují práci se seniory za náročnou. Oproti respondentům z Tekirdag, kde 50 % připadá práce se seniory náročná, ale druhé polovině 50 % náročná nepřipadá.

Dotazníková položka č. 10: **Jaká jsou z Vašeho pohledu specifika práce sester pečujícího o seniory?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo 8 respondentů (80 %) a volně doplnili své odpovědi. 2 respondenti nedoplnili žádnou odpověď. 5 respondentů (50 %) si myslí, že hodně záleží na profesionálním přístupu k pacientovi nejen v péči, trpělivosti, empatie a komunikace. 2 respondenti (20 %) si myslí, že záleží na individuálním přístupu sestry k pacientovi a 1 respondent (10 %) si myslí, že záleží i na oslovení a citlivosti sestry k pacientovi. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Sestra musí být profesionálka, mít profesionální přístup k osobnosti starého člověka.“

„Měla by oslovovat seniora, jak se patří, posiluje tím sebeúctu.“

„Komunikace se seniory není lehká, vyžaduje trpělivost, ale i způsobilost a přípravu.“

„Taktní přístup.“

„Dopomoc při všem a umění naslouchat.“

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a volně doplnili odpovědi. Polovina respondentů (50 %) si myslí, že záleží hodně na přístupu, komunikaci a empatie sestry. 2 respondenti (20 %) si myslí, že by sestra měla umět naslouchat. 3 respondenti (30 %) si myslí, že by geriatrický pacient měl mít nadstandartní péči. Zde jsou citace některých z nich:

„Důležitá je empatie sestry a sebeúcta k seniorům.“

„Senioři by měli dostávat co nejlepší péči.“

„Komunikace s pacientem i rodinou je nejdůležitější.“

Dotazníková položka č. 11: **Jak vnímáte geriatrického pacienta?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo 9 respondentů (90 %) a volně doplnili své odpovědi. 1 respondent nedoplnil odpověď. Většina respondentů se shodla na odpovědi, že berou geriatrického pacienta jako křehkého starého a nemocného člověka, kterému chtějí poskytnout co nejlepší péči. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Beru ho jako křehkou a nemocnou osobu, která potřebuje moji pomoc být jí stále k dispozici.“

„Senior se citlivý a labilní, potřebuje individuální přístup.“

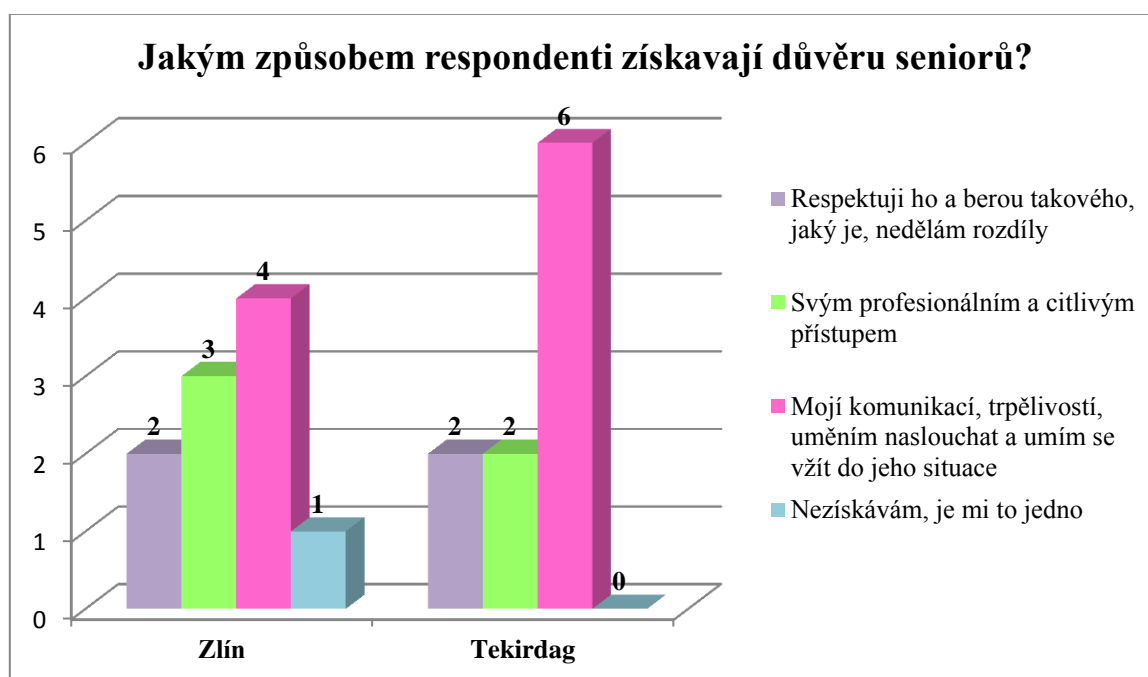
„Starého člověka vnímám jako osobu, která potřebuje hodně pochopení.“

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo 19 respondentů (100 %) a volně doplnili své odpovědi. Ve většině případů se respondenti shodli na tom, že je geriatrický pacient brán jako vážená osoba, prokazuje se jí úcta a respekt.

Dotazníková položka č. 12: **Jakým způsobem získáváte důvěru seniorů?**

Odpověď	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Respektují ho a berou takového, jaký je, nedělám rozdíly	2	20	2	20
Svým profesionálním a citlivým přístupem	3	30	2	20
Moji komunikací, trpělivostí, uměním naslouchat a umím se vžít do jeho situace	4	40	6	60
Nezískávám, je mi to jedno	1	10	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 12 **Jakým způsobem respondenti získávají důvěru seniorů?**



Graf 12 **Jakým způsobem respondenti získávají důvěru seniorů?**

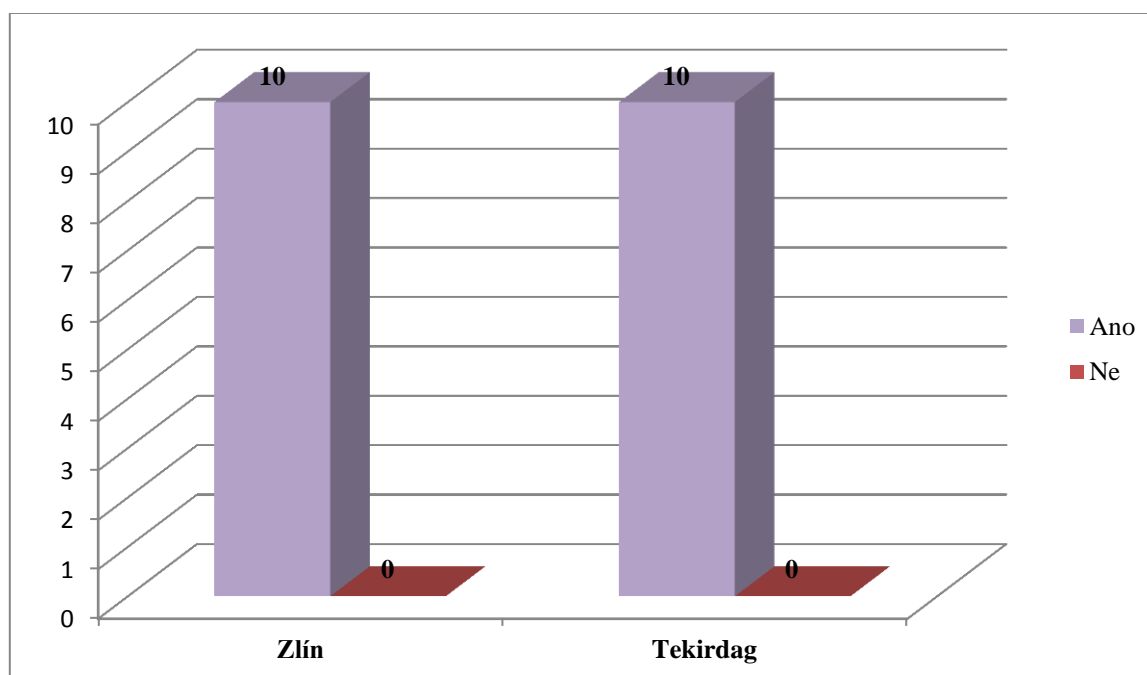
Z grafu č. 12 vyplývá, že 40 % respondentů ze Zlína si získávají důvěru seniorů svou komunikací, trpělivostí, uměním naslouchat a vžít se do situace pacienta, 30 % respondentů toho docílí svým profesionálním a citlivým přístupem, 20 % respondentů jej respektují a berou takového, jaký je, nedělají rozdíly a zbylých 10 % respondentů si důvěru nezískává, je jim to bohužel jedno.

V Tekirdag si 60 % respondentů získává důvěru svou komunikací, trpělivostí, uměním naslouchat a vžít se situace seniora, 20 % respondentů seniora respektuje a bere ho takového jaký je a zbylých 20 % jedná profesionálně s citlivým přístupem.

Dotazníková položka č. 13: **Podporujete sociální vazby se seniorem?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	10	100	10	100
Ne	0	0	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 13 Podporují respondenti sociální vazby se seniorem?



Graf 13 Podporují respondenti sociální vazby se seniorem?

Výsledek tohoto grafu je jednoznačný, 100 % respondentů ve Zlíně i Tekirdag podporují sociální vztahy se seniorem.

Dotazníková položka č. 14: **V čem jsou na Vás kladeny vysoké nároky na oddělení?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a volně doplnili své odpovědi. Většina respondentů odpovídala, že vysoké nároky jsou kladeny na odborné znalosti, zodpovědnost, empatii a provádět kvalitní odbornou práci. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Jsou na nás kladeny vysoké nároky v odborných znalostech, samostatnosti a hlavně zodpovědnosti.“

„Musíme odvádět kvalitní odbornou práci a hlavně mít kladný vztah ke starému člověku.“

„Důležitá je empatie sestry k pacientům.“

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo 10 respondentů (100 %) a volně doplnili své odpovědi. Respondenti se většinou shodli, že vysoké nároky jsou v tom, že sestra musí umět plánovat a organizovat, dále být komunikativní, empatická a technicky gramotná. Zde jsou citace některých odpovědí:

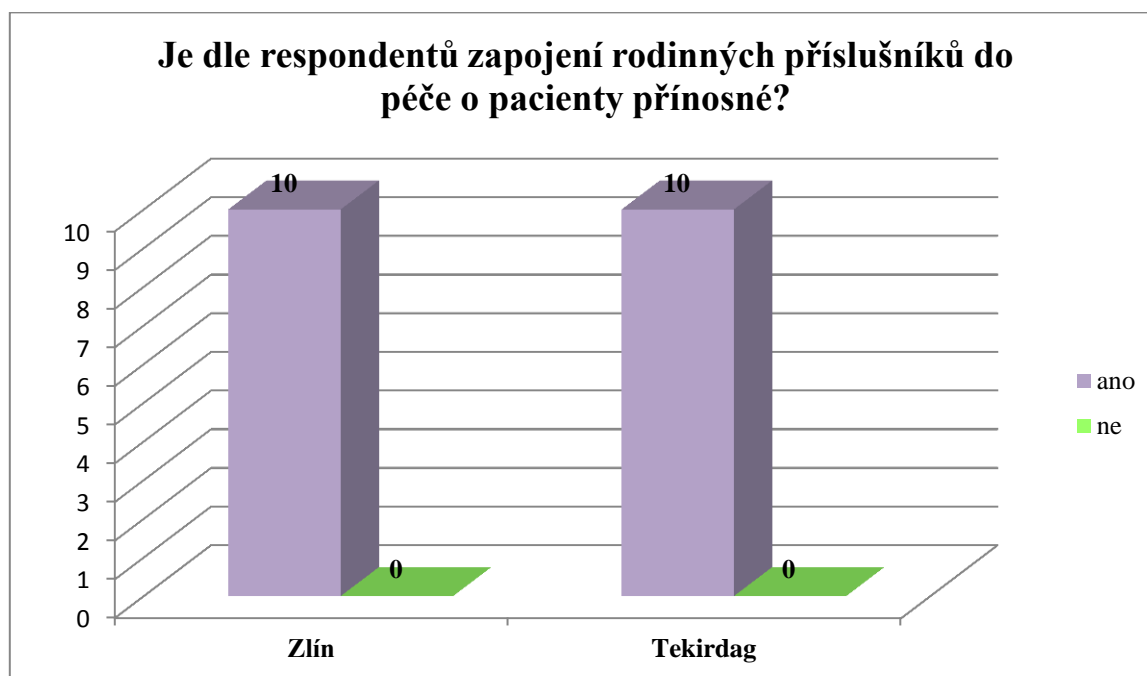
„Jsou kladeny vysoké nároky na fyzickou vytrvalost, komunikaci a empatii.“

„Musíme dobře vyjednávat s pacienty a být stále soustředěné.“

Dotazníková položka č. 15: **Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty je dle Vašeho názoru přínosné?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	10	100	10	100
Ne	0	0	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 15 Je dle respondentů zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty přínosné?



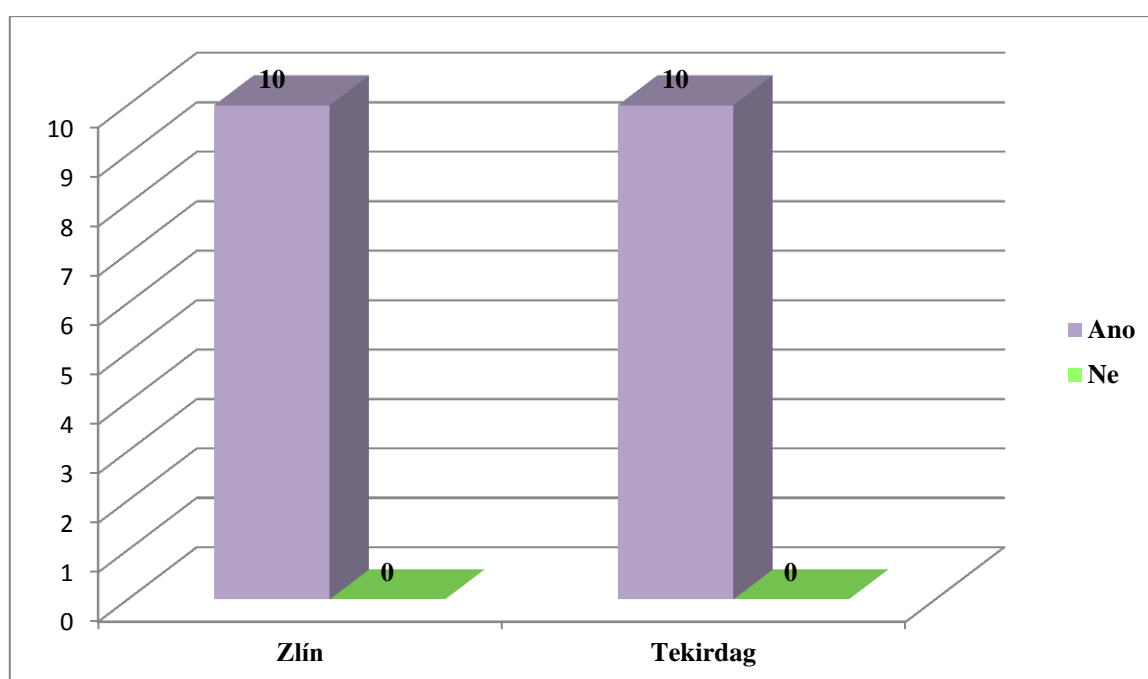
Graf 15 Je dle respondentů zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty přínosné?

Výsledek tohoto grafu je jednoznačný, 100 % respondentů ve Zlíně i Tekirdag si myslí, že zapojení rodinných příslušníků do péče pacientů je velice přínosné.

Dotazníková položka č. 16: **Umožňujete zapojení rodinných příslušníků pacienta do péče o něj?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	10	100	10	100
Ne	0	0	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 16 Umožňují respondenti rodinným příslušníkům se zapojit do péče pacienta?



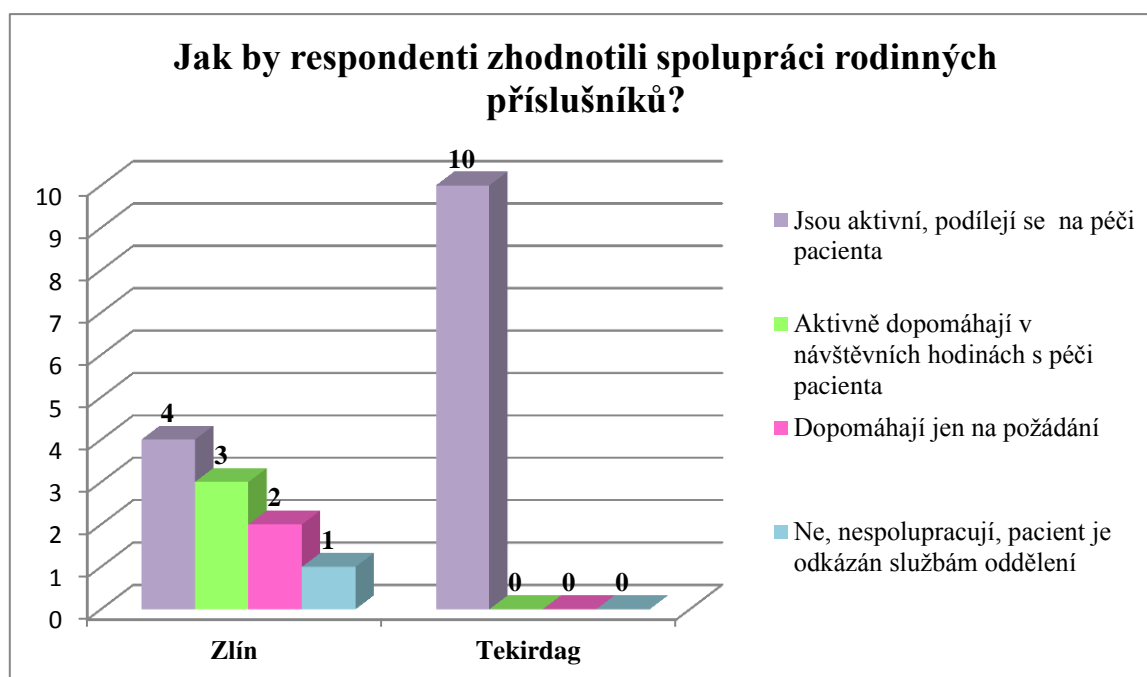
Graf 16 Umožňují respondenti rodinným příslušníkům se zapojit do péče pacienta?

Výsledek tohoto grafu je jednoznačný, 100 % respondentů ve Zlíně i Tekirdag poukazuje na to, že respondenti umožňují rodinným příslušníkům se zapojit do péče o pacienta.

Dotazníková položka č. 17: **Jak byste zhodnotila spolupráci rodinných příslušníků?**

Odpověď	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Jsou aktivní, podílejí se na péči pacienta	4	40	10	100
Aktivně dopomáhají v návštěvních hodinách s péčí pacienta	3	30	0	0
Dopomáhají jen na požádání	2	20	0	0
Ne, nespolupracují, pacient je odkázán službám oddělení	1	10	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 17 **Jak by respondenti zhodnotili spolupráci rodinných příslušníků?**



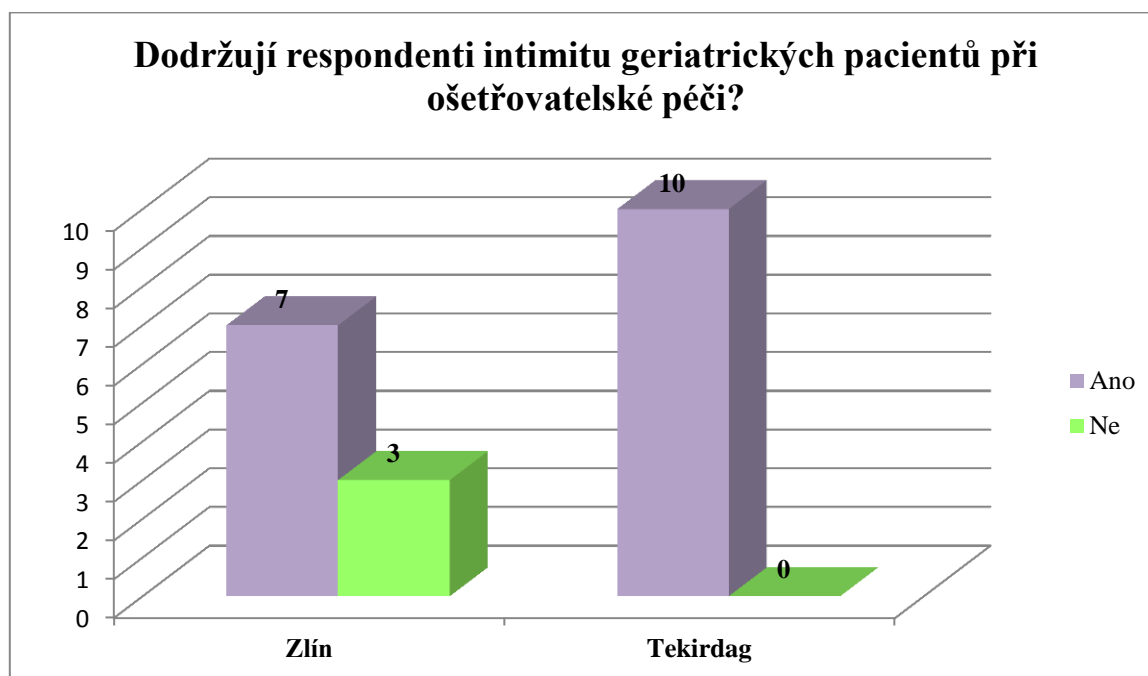
Graf 17 **Jak by respondenti zhodnotili spolupráci rodinných příslušníků?**

Průzkum poukazuje na to, že 40 % respondentů ze Zlína hodnotí spolupráci rodinných příslušníků jako aktivní, protože se podílejí na péči o pacienta, 30 % respondentů spolupráci hodnotí jako aktivní pomoc při návštěvních hodinách, 20 % respondentů poukazuje pouze na pomoc při požádání a zbylých 10 % respondentů konstatuje, že rodinní příslušníci nespolupracují. Průzkum v Tekirdag je u 100 % respondentů jednoznačný, protože rodinní příslušníci se podílejí aktivně na péči o pacienta.

Dotazníková položka č. 18: **Dodržujete intimitu geriatrických pacientů při ošetrovatelské péči?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	7	70	10	100
Ne	3	30	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 18 **Dodržují respondenti intimitu geriatrických pacientů při ošetrovatelské péči?**



Graf 18 **Dodržují respondenti intimitu geriatrických pacientů při ošetrovatelské péči?**

Z průzkumu vyplývá, že ve Zlíně 70 % respondentů dodržuje intimitu geriatrický pacientů, bohužel 30 % respondentů, tak nečinní.

V Tekirdag je však intimita geriatrický pacientů 100 % respondentů dodržována.

Dotazníková položka č. 19: **Jakým způsobem posilujete soběstačnost seniorů?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo 8 respondentů (80 %) a volně doplnili své odpovědi, zbylí 2 respondenti (20 %) na tuto otázku neodpovědělo. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Pacientovu soběstačnost se snažím posilovat při každé příležitosti. Při ranní toaletě ho zapojuji do činnosti.“

„Snažím se s ním pravidelně cvičit na lůžku, při každé příležitosti.“

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %) a ve většině se shodli na tom, že s pacienty neposilují soběstačnost, od toho jsou rodinní příslušníci, kteří tráví s nimi čas v nemocnici a jsou pacientovi stále k dispozici.

Dotazníková položka č. 20: **Jak aktivizujete geriatrického pacienta?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo 10 respondentů (100 %) a většina odpověděla, že pacient je aktivizován cvičením s rehabilitační sestrou, četbou, malováním, zpěvem a povídáním. Zde jsou citace některých odpovědí:

„To je různě. Záleží i na náladě pacienta. Cvičení, čtení, dívání na televizi.“

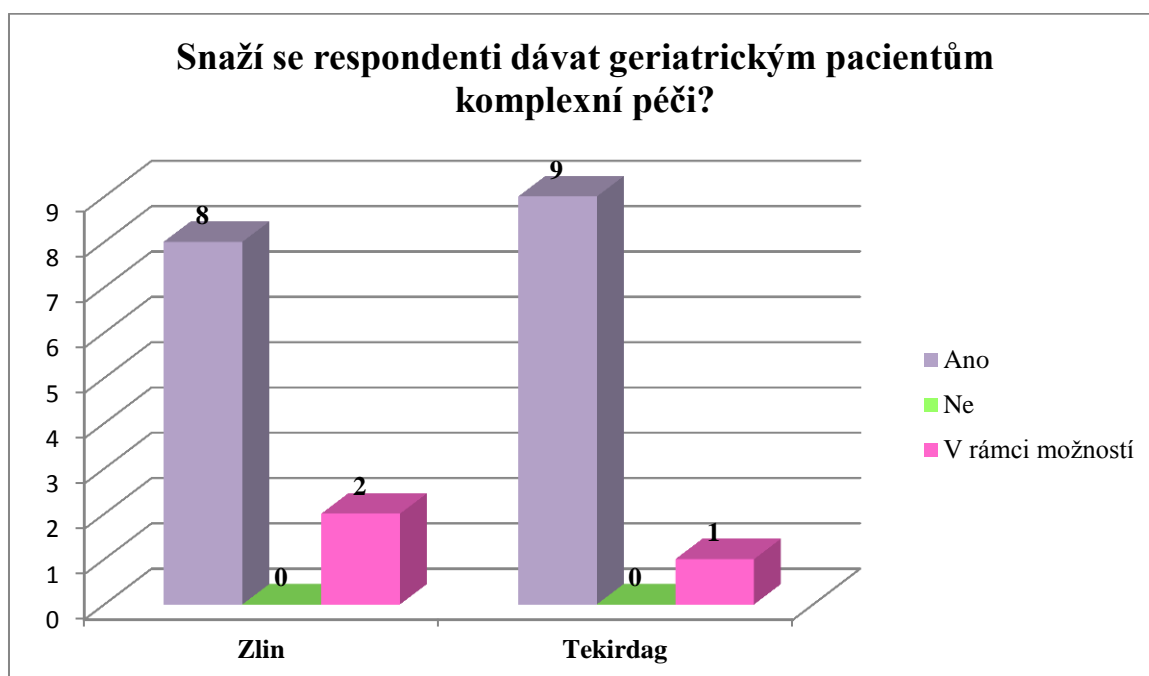
„Rehabky aktivizují pacienty po fyzické stránce, po té psychické se musíme snažit my.“

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo 10 respondentů (100 %) a jak bylo předtím zmíněno, neaktivizují pacienty, v tomto směru se o to starají rodinní příslušníci, kteří jsou po dobu hospitalizace pacienty stále přítomni 24 hodin denně.

Dotazníková položka č. 21: **Snaží se dávat geriatrickým pacientům komplexní péči?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	8	80	9	90
Ne	0	0	0	0
V rámci možností	2	20	1	10
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 21 Snaží se respondenti dávat geriatrickým pacientům komplexní péči?



Graf 21 Snaží se respondenti dávat geriatrickým pacientům kompletní péči?

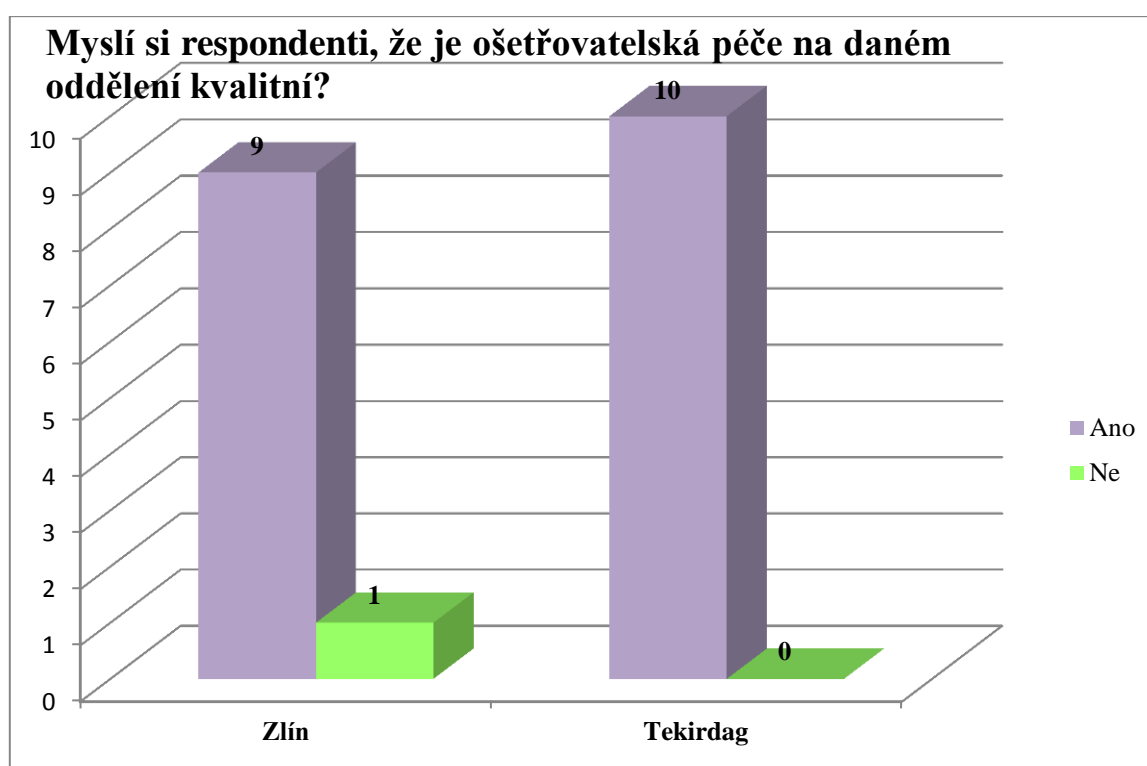
Z průzkumu je patrné, že 80 % respondentů ze Zlína se snaží dávat geriatrickým pacientům komplexní péči, 20 % respondentů se o tom alespoň v rámci možností snaží.

U 90 % respondentů z Tekirdag platí totéž, snaží se dávat komplexní péči a 10 % respondentů se o to snaží v rámci možností.

Dotazníková položka č. 22: **Myslíte si, že je ošetrovatelská péče, poskytnuta seniorům, na Vašem oddělení kvalitní?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	9	90	10	100
Ne	1	10	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 22 Myslíte si respondenti, že je ošetrovatelská péče na daném oddělení kvalitní?



Graf 22 Myslíte si respondenti, že je ošetrovatelská péče na daném oddělení kvalitní?

Z grafu č. 22 je patrné, že 90 % respondentů ze Zlína si myslí, že na jejich daném oddělení je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, v opačném případě, 10 % respondentů si to nemyslí.

V Tekirdag si myslí 100 % respondentů, že je na jejich oddělení poskytována kvalitní péče.

Dotazníková položka č. 23: **Co si myslíte o kvalitě života seniorů?**

Zlín: odpovědi na danou otázku využilo 9 respondentů (90 %) a volně doplnili své odpovědi, 1 respondent (10 %) této možnosti nevyužil. Bylo vyjádřeno mnoho názorů na kvalitu života seniorů. Zde jsou citace některých odpovědí:

„Na oddělení se snažíme zachraňovat lidi, udržovat je při životě, ale za jakou cenu? Vždyť to není život, hledět do stropu a čekat na smrt.“

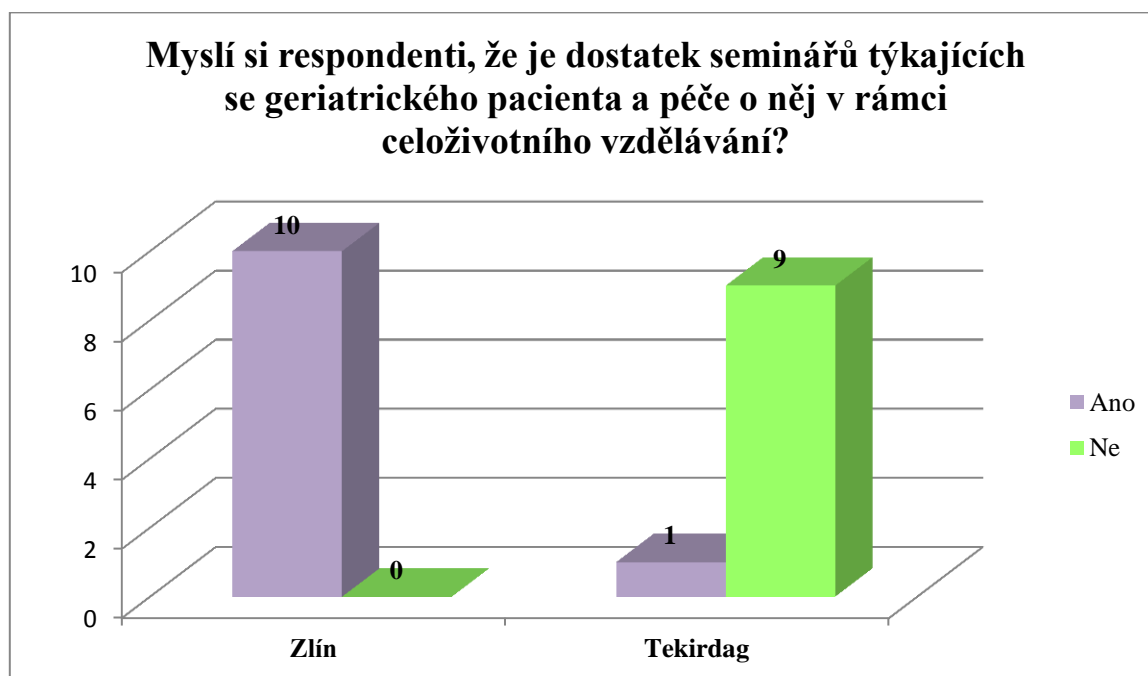
„V dnešní době se staří lidé dožívají vysokého věku, ale dá se hovořit o kvalitě života? Myslím si, že ne, je to jen udržování při životě a marném doufání, že se stane zázrak.“

Tekirdag: odpovědi na danou otázku využilo všech 10 respondentů (100 %), přesto si myslím, že dané otázce neporozuměli natolik, aby mohla být zařazena do hodnocení.

Dotazníková položka č. 24: **Myslíte si, že je dostatek seminářů týkajících se geriatrického pacienta a péče o něj v rámci celoživotního vzdělávání?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	10	100	1	10
Ne	0	0	9	90
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 24 **Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se geriatrického pacienta a péče o něj v rámci celoživotního vzdělávání?**



Graf 24 **Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se geriatrického pacienta a péče o něj v rámci celoživotního vzdělávání?**

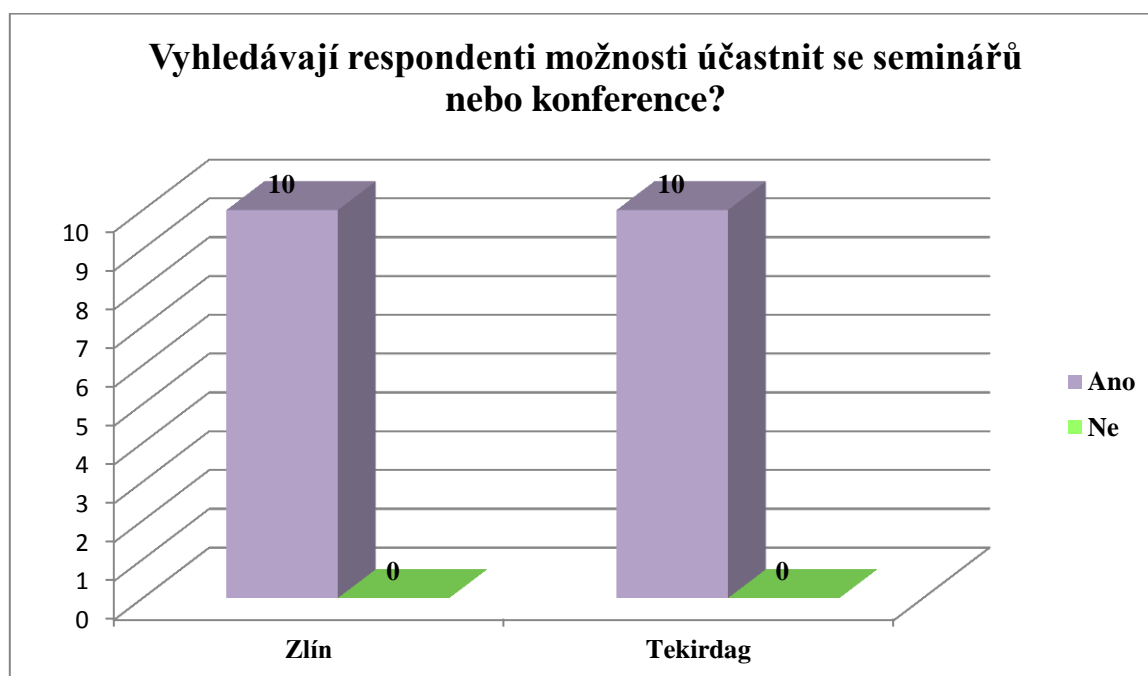
Z grafu č. 24 vyplývá, že 80 % respondentů ve Zlíně si myslí, že mají dostatek seminářů, které se týkají geriatrické péče v rámci celoživotního vzdělávání, ale 20 % respondentů nejsou stejného názoru.

Na druhou stranu, v Tekirdag ve většině případů, 90 % respondentů, nemají vůbec žádné semináře na toto téma, 10 % respondentů si myslí, že jich je dostatek.

Dotazníková položka č. 25: **Vyhledáváte možnosti účastnit se semináře nebo konference?**

Odpovědi	ZLÍN		TEKIRDAG	
	<i>n</i>	<i>r (%)</i>	<i>n</i>	<i>r (%)</i>
Ano	10	100	10	100
Ne	0	0	0	0
Celkem	10	100	10	100

Tabulka 25 Vyhledávají respondenti možnosti účastnit se semináře nebo konference?



Graf 25 Vyhledávají respondenti možnosti účastnit se semináře nebo konference?

Výsledek tohoto grafu je jednoznačný, 100 % respondentů ve Zlíně i Tekirdag vyhledávají možnosti účastnit se seminářů nebo konferencí s aktuální problematikou.

7.2 Strukturovaný rozhovor

Přepis rozhovoru je autentický, jsou vynechána pouze některá citoslovce (např. ehm) a slova, kterým nebylo z nahrávky rozumět. Rozhovor s vrchní sestrou z Turecka byl veden v anglickém jazyce, odpovědi jsou přeloženy dle mého mínění, jak jsem danou odpověď pochopila. V přepisu rozhovorů, pro větší přehlednost, bylo pro odpověď využito toto označení:

T: tazatel

R1: Vrchní sestra LDN z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

R2: Vrchní sestra z Namik Kemal Hastanesi v Tekirdag

Za každým rozhovorem je shrnutí.

Položka č. 1

T: Jak dlouho jste sestrou?

R1: No, sestrou jsem víceméně 36 let, 25 let jsem dělala na akutní medicíně na jednotce intenzivní péče na interní klinice a tady vlastně, já to přesně nepočítám, jestli je to desátý, jedenáctý rok, dělám tady na centru klinické gerontologie.

R2: Jedenáct let a zaměření převážně v chirurgii.

Podle odpovědí je vidět i věkový rozdíl obou vrchních sester. Respondent 1 má za sebou 25letou praxi v akutní medicíně na interní klinice a 10-11 let se zabývá v oblasti gerontologie. Respondent 2 v roli sestry je 11 let, a to v oboru chirurgie. V Turecku nejsou k dispozici LDN zařízení, proto jsem zvolila oddělení, kde se nejvíce gerontologických pacientů pohybovalo a to bylo chirurgické oddělení.

Položka č. 2

T: Co Vás vedlo k tomu stát se sestrou?

R1: Nevím, to bylo úplně automaticky. Já se tou sestřičkou stát chtěla a to bylo jediné povolání, které jsem si tehdy zvolila, takže co mě k tomu vedlo? Nevím. Asi jsem chtěla dělat pomáhající profesi.

R2: Pro ošetrovatelství jsem se rozhodla kvůli tomu, že jsem chtěla pomoci lidem a aby vedli lepší život. Miluji práci s lidmi.

Obě sestry odpověděly podobně, chtěly pomáhat lidem a dělat pomáhající profesi.

Položka č. 3

T: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

R1: Já jsme měla jenom zdravotnickou školu a mám pomaturitní specializační studium ARIP (specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, dlouhodobé plicní ventilace a v oboru očišťovací metody krve).

R2: Studovala jsem na Istanbulské univerzitě Florence Nightingale na fakultě ošetrovatelství po dobu čtyř let. Tři roky magisterské studium zaměřené na chirurgii a čtyři roky na PhD. Takže dohromady 11 let.

Velký rozdíl ve vzdělání obou sester. První šla po střední zdravotnické škole rovnou pracovat a udělala si specializační vzdělání ARIP. Druhá studovala 11 let. Musí se však brát v potaz věkový rozdíl. Obě mají jiná zaměření než v oboru geriatric.

Položka č. 4

T: Jak se vzděláváte vy sama?

R1: Já se vzdělávám, nebo snažím se pořád někde. Odbírám časopis Gerontologie, kde se spoustu věcí dozvím, absolvovala jsem kurz péče o geriatrické pacienty, kurz Alzheimerovy choroby, jezdím na konference, co se týká této problematiky, přednáším na těchto konferencích, takže já si myslím, že tohle je kontinuálně. Pořád v tom něco hledám.

R2: Nyní pracuji v centru bezpečnosti pacientů v Imperial College London (www3.imperial.ac.uk) na chirurgickém oddělení a na výzkumu rakoviny v Londýně

První vrchní sestra má zaměření spíše v gerontologii a vše, co se jí týká. Jezdí a vystupuje na konferencích, vzdělává se četbou časopisu Gerontologie. Druhá vrchní sestra působí také v Londýně a pracuje v centru bezpečnosti pacientů v Imperial College.

Položka č. 5

T: Máte specializaci v gerontologii?

R1: Specializaci v gerontologii zatím nemám.

R2: Ne, nemám.

Ani jedna z vrchních sester nemá zaměření v oboru geriatrii, ale asi to není překážkou.

Položka č. 6

T: Jak dlouho jste zaměstnána v daném zařízení?

R1: Na oddělení gerontologie jsem asi těch 11 roků.

R2: Na univerzitě Namik Kemal pracuji 6 let jako akademická sestra, z toho 2 roky jako vrchní sestra (koordinátorka) na chirurgické jednotce.

První sestra se pohybuje na gerontologickém oddělení už 11 let, druhá to propojila s výukou na univerzitě a zároveň je druhým rokem vrchní sestrou univerzitní nemocnice Namik Kemal Hastanesi v Tekirdag.

Položka č. 7

T: Kde jste pracovala předtím?

R1: Na akutní medicíně jednotce intenzivní péče na interní klinice.

R2: V istanbulské univerzitní nemocnici na všeobecném chirurgickém oddělení.

První vrchní sestra se zaměřila spíše na geriatrii, druhá sestra je stále ve svém chirurgickém oboru.

Položka č. 8

T: Jak jste se dostala do role vrchní sestry?

R1: No, jak jsem se dostala. Zkrátka jsem dělala těch 25-26 roků na té akutní medicíně a najednou jsme zkrátka zjistila, že mě ta akutní medicína už nic nedává a kór ve vzta-
hu k těm starým lidem, to mi trošičku vadilo, co se se v té akutní medicíně s něma dě-
lá, takže jsem nějak cítila vnitřní potřebu změny a to už byla taková shoda okolností
a náhod, že se uvolnilo tady místo vrchní sestry na geriatrii. To jsme se ještě dozvěděla
vlastně přes někoho, tak jsem se zkrátka dala tu funkci do konkurzního řízení a tam,
bývalý primář Přehnal, si mě vybral a vyšlo to.

R2: Jsem akademická sestra ve škole zdraví (Namik Kemal University) a dělali jsme pro-
jekt, který pomáhá integrovat ošetrovatelská oddělení ve škole a v nemocnici. Tak
jsem se stala vrchní sestrou těchto jednotek.

Obě sestry se ke svému místu dostaly vědomky s cílem něco změnit a dokázat. Oběma se to
povedlo. První se nemohla už dívat na přístup ke geriatrickým pacientům v akutní medicíně,
proto se rozhodla pro krok, kterého nelituje. Druhá se stala vrchní sestrou díky projektu.

Položka č. 9

T: Jaká je role vrchní sestry? V čem je nejnáročnější?

R1: Podle mě je nejnáročnější v komunikaci s personálem.

R2: Nejnáročnější je v tom, že je nedostatek personálu, proto je i složité zavést efektivní
týmovou práci na odděleních.

Pro první vrchní sestru je nejnáročnější komunikace s personálem a pro tu druhou to, že má
nedostatek personálu.

Položka č. 10

T: Myslíte, že máte u personálu respekt?

R1: Já si myslím, že ano.

R2: Myslím, že ano, mám.

Obě vrchní sestry jsou přesvědčené po tom, že mají u personálu respekt.

Položka č. 11

T: Myslíte, že je něco, co personálu na Vás vadí a co naopak oceňují?

R1: To těžko říct, to byste se musela zeptat jich, ale já od začátku nebo vůbec když jsme sem přišla, tak jsme cítila takovou velkou výhodu v tom, že jsme vlastně měla před sebou tu éru té akutní medicíny a vlastně těch životních zkušeností jako sestra docela velkou a protože i tam jsme dělala vrchní sestru, tak už jsme měla zkušenosti s vedením těch lidí no a prakticky, já když jsme sem přišla, tak už jsem si tu vybudovala takovou tu pozici, že mě, jak bych Vám to řekla laicky, že mě na ničem jako neutáhnou, jo, že já jsme vlastně všechno odborné věděla, že mě nemohli říct, že oni věděli, že vím a jaksi to co řeknu, tak že platí a i v té pozici a považuji v potaz i to, že jsme přišla jako nová v nový kolektiv a ten respekt jsem si od začátku vybudovala, takže to bylo takové plus pro mě.

R2: Opravdu nevím. Těžké na tuto otázku odpovědět.

První sestra vysvětlila, že si od začátku budovala respekt a nedokáže odpovědět, stejně jako druhá, na to, zde personálu na ní něco vadí či ne.

Položka č. 12

T: Jaká je spolupráce s ošetřovatelským personálem?

R1: Tak já tu spolupráci tady vidím vcelku dobrou, nastavila jsem určité pravidla, samozřejmě já považuji za velice důležitou spolupráci se staniční sestrou, která mě zodpovídá za chod té stanice. Takže pokud je tam něco, tak se obracím na ni a ona to řeší dál, já nastupuju do nějakých tě problémů až pokud to nevyřeší staniční a nebo pokud

jsme o to požádána. Myslím, že jsme nastavili taková pravidla, která já namátkově kontroluju všechno, takže já nevidím problém.

R2: Myslím si, že je to den ode dne lepší, jsme nová nemocnice.

První vrchní sestra je spokojená se spoluprací s ošetřovatelským personálem, stanovila určitá pravidla, kterými se personál řídí. Druhá vrchní sestra si myslí, že je stále co zlepšovat.

Položka č. 13

T: **Jak a podle čeho si vybíráte personál?**

R1: Personál vybírám hlavně podle toho.. Samozřejmě tam jsou dvě věci a to vždycky říkám každému tomu personálu, ať je to sestra, ať je to ten nižší pomocný pracovník. Vybírám je hlavně podle, to že musí odvádět kvalitně svou odbornou práci, ale každý jsme zkrátka nějakí a každý máme své plusy i mínusy a na co kladu velký důraz je právě vztah k těm pacientům, vztah k těm starým lidem. Kdo chce pracovat na té geriatrii, tak musí vědět, do čeho jde, musí vědět všechno, co ten starý člověk. Jo, co s tím stářím souvisí a musí mu to být jasné a s tím může tady pracovat, jinak se ta práce dělat nedá.

R2: Personál se vybírá podle splnění všeobecných zkoušek pro sestry, které chtějí pracovat ve státních nemocnicích a to znamená i v naší nemocnici, protože je státní.

První vrchní sestra si vybírá personál podle kvalitně odváděné práce, podle vztahu personálu ke starým lidem a musí vědět, co všechno obnáší péče o staré lidi. Druhá vrchní sestra si vybírá personál podle výsledků všeobecných zkoušek pro sestry.

Položka č. 14

T: **Jaký typ sestry Vám nejvíce vyhovuje? Jaké by měla mít osobnostní předpoklady?**

R1: Ta sestra musí být hrozně příjemná, milá, vlídná k pacientům, ale samozřejmě musí být i velice inteligentní, protože tady hodně komunikujeme i s příbuznými těch pacientů, což je taky obrovsky náročné. Musí být i odborně docela na výši, protože, ten ge-

riatický pacient, jak víte je polymorbidní, těch nemocí je řada a ona pokaždé o té nemoci musí něco vědět, takže není to jenom takhle. Já nevím, chirurgická sestra je zaměřená na chirurgický obor nebo ortopedie, je to jedním směrem, ale tady těch diagnóz je strašně moc, takže si myslím, že po té odborné stránce musí být na vysoké úrovni.

R2: Dávám přednost sestře, která si umí naplánovat a zorganizovat práci. Je soustředěná na práci a umí řídit lidi, komunikovat s nimi, vyjednávat a pracovat jako aktivní člen týmu. Důležitá je i technologická gramotnost. Musí být starostlivá, empatická, detailně orientovaná, emocionálně stabilní, umět tvrdě pracovat, mít fyzickou vytrvalost, skvělý úsudek a dobré komunikační schopnosti.

Obě vrchní sestry se shodly, že by sestra měla být velice inteligentní a orientovat se v diagnózách a mít dobré komunikační dovednosti.

Položka č. 15

T: Jaká vlastnost je nejdůležitější?

R1: Zase bych řekla a to vlastnost ve vztahu ke spolupracovníkům jo a vlastnost je vztahu k pacientům. K těm pacientům musí ta sestra, nebo ten personál být vlídný a připravený vždy pomoci a musí být hlavně taktní. Jo, tam jako musíme brát toho pacienta takového, jaký je, s tou jeho kapacitou, kterou má a podle toho teda jako v žádném případě nesmí nějak zesměšňovat nebo něco takového. Tam je taková ta taktnost, připravenost vždycky pomoci a ta vlídnost a tady takové ty lidské vlastnosti k tomu pacientovi. A ve vztahu k spolupracovníkům, ale to je ve všech oborech, tam si myslím, že je důležitá vlastně ta kolegiální, v tom, že si vypomáhají a že jsou k sobě hlavně upřímní a že si to, co se jim nelíbí, si vyříkají do očí ať potom nevznikají na oddělení problémy, ale já vždycky říkám, že tři ženské vedle sebe je hodně. Já si myslím, že, no neřekla bych, taková upřímnost, pravdivost a kamarádství u toho personálu.

R2: Nejdůležitější vlastností je empatie.

První vrchní sestra se rozpovídala o daných vlastnostech sester, které by jim neměly chybět jako je vlídnost, taktnost, brát pacienta takového, jaký je, připravenost, kolegiální, upřímnost. Pro druhou vrchní sestru je nejdůležitější empatie sestry.

Položka č. 16

T: Jaké kategorie zdravotnického personálu na vašem oddělení pracuje (počet)?

R1: Spadá pode mě 130 pracovníků, kteří pracují na šesti odděleních, jak na ambulantní části, tak na lůžkové části a ta skladba těch, samozřejmě těch lidí je od staničních sester, po všeobecné sestry, sestry specialistiky, ošetřovatelek, sanitáři. Počet lidí na směnu se všeobecně říct nedá, protože oddělení má různou lůžkovou kapacitu, jo. Tak pokud Vám řeknu, že na 40 -lůžkovém oddělení, které tady máme v budově je na ranní směnu, víceméně, tady se dělají dvanácti hodinové směny, tak na té denní směně je staniční, jedna sestra, která má ranní osmičku, pak jsou tu dvě sestry, které mají dvanáctku do večera. K sobě mají jednoho převozového sanitáře, dva sanitáře na dvanácti hodinovou směnu a ještě na tom oddělení jsou dvě všeobecné sestry v pozici rehabilitačních ošetřovatelek, které zajišťují mobilizaci těch pacientů. Ono je to rozdílné na každé té stanici, protože tam je různý počet pacientů, ale na všech stanicích je na noční směně vždycky jedna sestra a jedna sanitářka.

R2: Jedenáct sálových sester a šestnáct chirurgických sester na oddělení. Takže dohromady 27 sester.

V obou odpovědích je značný rozdíl. Rozdílná je jednotka, ale také skladba personálu. První sestra má dostatečně obsáhlý personál, druhá pouze operační a všeobecné (chirurgické) sestry.

Položka č. 17

T: Jste spokojena s počtem a úrovní personálu?

R1: (smích) Já opravdu bych řekla, že z takových 90 % tady pracujou lidé, kteří tu práci mají rádi, dělají ji dobře, samozřejmě, že v tom kolektivu se vždycky najde někdo, ale to jsme lidi, to takhle nejde, takže si myslím, že v globále s tím personálem, který tady je jsem v celku spokojená, protože pokud s tím pracovníkem já nejsem spokojená, tak já ho řeším. Já ho řeším a zkrátka tady s náma pracovat nebude.

R2: Nejsem, potřebujeme více personálu, který oddělení chybí.

První vrchní sestra na spokojená s personálem na 90 % a druhé chybí potřebný personál k tomu, aby byla spokojená.

Položka č. 18

T: Děláte opatření pro zlepšení chodu oddělení?

R1: Chodím namátkově na kontroly, já chodím samozřejmě na velké vizity, kde tam si všímám věci a přístup k pacientům, papírů a všeho, takže to řešíme jako opatření. Ty opatření ke zlepšení je dělají prakticky pořád a pořád se dá něco zlepšovat. Takže cíleně to všechno, co děláme, by mělo směřovat hlavně k pacientům a já vždycky říkám, hodně se snažím alespoň zlepšovat to, v čem se dá pořád zlepšovat a to je ta komunikace a chování k pacientům a chování k příbuzným a vůbec vzájemná komunikace. To je základ dobré práce, ale všude.

R2: Ano, snažím se zlepšovat chod oddělení. Chodím na vizity, kontroly sestry při práci.

Opatření dělají obě vrchní sestry podobně. Namátkové kontroly, chodí při vizitách s lékaři a popřípadě dělají opatření ke zlepšení chodu oddělení.

Položka č. 19

T: Upozorňujete personál na jejich chyby?

R1: Určitě.

R2: Ano, upozorňuji.

Obě upozorňují svůj personál na chyby, které vyzývají.

Položka č. 20

T: Jaká je kapacita pacientů na oddělení?

R1: 40 pacientů na jedné stanici.

R2: Máme 60 lůžek.

V KNTB na LDN je kapacita lůžek 184 a v NKH 60 lůžek.

Položka č. 21

T: Pracuje personál v týmech a kolik mají pacientů na starost?

R1: No, ono to není úplně správně, neřekla, bych, že pracujeme úplně jako skupinová péče, ale je fakt, že vždycky, to je strašně rozdílně, že na 40- ti lůžkovém oddělení, tak vlastně tu danou směnu, na té ranní má na starosti, vždycky těch dvacet lidí ta jedna sestra, jedna sanitářka, takže takhle to mají rozdělené. Ne, že by takhle běhali a měli na starosti každá všechny a nebo nikoho, takže tohle se nedá asi formulovat jako skupinová péče, ale ty pacienty na té dané směně mají rozdělené na té větší stanici, na té menší stanici pracuje jedna sestra a samozřejmě zodpovídá ona.

R2: Nepracují v týmech, vychází to tak, že sestra má na starost maximálně 18 pacientů a vždy je jedna sestra na směně. S hospitalizovaným pacientem pomáhá vždy člen rodiny, který je stále k dispozici.

Ani jedna jednotka nepracuje v týmech, spíše každá sestra má na starost určitý počet pacientů. V obou nemocnicích je neuspokojivý počet personálu, ale v NKH je velkou nápomocí člen rodiny hospitalizovaného, který je 24 hodin k dispozici.

Položka č. 22

T: Pracuje personál formou ošetřovatelského procesu?

R1: Ano, pracuje.

R2: Ano, máme ošetřovatelské plány péče.

Obě jednotky pracují formou ošetřovatelského procesu.

Položka č. 23

T: Jaký je harmonogram oddělení?

R1: Sestřičky chodí na šest, ten harmonogram je já si myslím, že klasicky, nebo klasicky, tak jak všude předáte hlášení, jde se na tu ranní úpravu, kde u nás ta ranní úprava obnáší strašně dlouhý čas, protože jsou tady převážně ležící a těžké stavy pacientů, takže

ranní úprava. Pak samozřejmě snídaně, podávání léků, převazy a tady takové ty věci jo. Já si myslím, že klasika, ale je dán samozřejmě harmonogram, aby určité věci, byly udělané v určitou dobu, ale zase se reaguje se na stavy pacientů.

R2: Sestry na oddělení pracují 12 hodin v jedné směně, která je od 7 hodin do 19 hodin a obvykle pracují 40 - 48 hodin týdně.

Na jednotku LDN chodí sestry na 6tou hodinu ranní do práce, v NKH o hodinu později. Většinou jsou na 12hodinové směně. Harmonogram je individuální a přizpůsobený oddělení.

Položka č. 24

T: **Jak byste charakterizovala specifika práce na vašem oddělení?**

R1: Nevím, jestli by měl být rozdíl mezi sestrou u nás a třeba na interně, já si myslím, že to mělo být jako stejné. Já pokud vím, tak moje sestřičky pracují možná víc s tím psychickým stavem těch lidí, protože to automaticky sebou nese specifika geriatrických pacientů, čtyři geriatrické syndromy, zkrátka s těmato musí oni umět pracovat, to je strašně rozsáhlá problematika a myslím si, že právě oni do ní vidí na té geriatrii, tak s tím pracují líp než ty akutní obory.

R2: Jelikož na oddělení je vždy jedna, maximálně dvě sestry na mnoho pacientů, je to velice náročné nejen na psychiku, ale i fyzickou stránku sestry. Velkou pomocí jsou však příbuzní nemocného, díky nim se hospitalizovaný klient cítí i bezpečněji, protože má na blízku milovanou osobu a to je pro nás důležité, aby se pacienti nebáli hospitalizace. Sestry dělají svou ošetrovatelskou práci a věnují se pacientům, jak je to možné.

Specifika práce na oddělení jsou velmi podobná, rozdílný je počet personálu na denní směnu.

Položka č. 25

T: **Pořádáte vzdělávací či specifické nácviky pro personál?**

R1: My máme provozní schůzky, které máme čtyřikrát do roka a na těch provozních schůzkách právě vždycky řešíme nějaký ten problém, který chceme vyřešit všeobecně. Jo takže třeba zrovna před týdnem jsme měli provozní schůzku, kde jsme řešili zrovna

komunikaci s pacientem a příbuznými, etické chování a tady toto. Na oddělení to samozřejmě probíráme ještě do detailů, a co se týká takových vzdělávacích větších akcí, tak máme gerontologický kongres jednou do roka, kde tam se probírají spíš ty odborné věci, ovšem já si myslím, že normálně.

R2: Ano, máme několik vzdělávacích programů pro zaměstnance v oboru chirurgie, komunikace s pacienty atd. a také máme provozní schůzky s personálem.

Vzdělávací akce jsou podobné, liší se pouze v zaměření. V obou zařízeních fungují provozní schůzky s personálem.

Položka č. 26

T: **Jaká je komunikace s rodinnými příslušníky?**

R1: Zase, tak jak už jsem řekla v tom úvodu, že si myslím, že tady 90 % toho personálu je velice až výborných pro práci v geriatrii a oni ví, že tam ta komunikace s tím příbuzným je mnohdy důležitější a zásadnější než s tím pacientem, který je samozřejmě demenční. Já si myslím zase, že ve většině případů je to velice dobré a sestry kvalitně umí komunikovat s těmi příbuznými a ta komunikace je někdy velice obtížné. Ti příbuzní jsou čím dál, tím víc náročnější, nechápaví, když to až takhle řeknu, protože oni samozřejmě nechápou zhoršení toho zdravotního stavu ještě během hospitalizace, takže je to složité. Myslím si, že ten personál to zvládá velice dobře.

R2: V Turecku máme silné rodinné vztahy, spousta členů rodiny chtějí podpořit své příbuzné při hospitalizaci v celém průběhu období strávené v nemocnici. Takže komunikace je velmi důležitá a častá. Myslím, že komunikace sester je dobrá, ale abych byla upřímná, tak by bylo zapotřebí více místa pro odpočinek v nemocnici v Tekirdag.

Komunikace nejen s pacienty, ale i rodinnými příslušníky je velice důležitá. Oběma vrchním sestrám se zdá komunikace sester dobrá a jsou s ní spokojeny.

Položka č. 27

T: Jaký je váš pohled na kvalitu života seniorů?

R1: Dožívají se sice vyššího věku, ale běžte se podívat, jaká je to kvalita života?! Takže já, a říkám to otevřeně, si osobně myslím, že mnohdy už se nedá mluvit o kvalitě života a my přesto ty lidi se snažíme zachraňovat, udržovat při životě a podle mě to není dobře. V určité fázi té nemoci je těch všech komorbidit, které mají a hlavně ta demence, která je teď obrovská. Já jsem tady přišla na tu geriatrii a nezažila jsem tolik dementních lidí, co je teď a vůbec si nedokážu říct, proč to je. Ty lidi se dožívají vysokého věku, ale za jakou cenu a kvalita života, o tom se nedá mluvit. Ta problematika je obrovsky široká a právě já v té geriatrii, po té akutní medicíně jsem se úplně našla a hrozně mě to baví, protože člověk může něco posunout a udělat. O ty lidi je postarání úžasné, ale tomu člověkovu chybí to základní.

R2: V naší nemocnici nemáme speciální geriatrickou jednotku, protože většinu turecké populace tvoří mladí lidé. Ano, samozřejmě je geriatrická péče důležitá a existují nějaké hospice pro seniory, ale spíše ve větších městech, u nás v Tekirdag ne. Pokud jde o kvalitu života, tak v dnešní době lidé žijí déle v porovnání s minulostí.

Obě vrchní sestry mi řekly svůj osobní názor, jak vnímají kvalitu života seniorů. První vrchní sestra mi otevřeně řekla, jak vnímá udržování geriatrických pacientů na životě, že ji udivuje, kolik dementních lidí v dnešní době žije. Dožívají se vysokého věku, ale za jakou cenu. Druhá vrchní sestra mi sdělila, že v jejich nemocnici není geriatrická jednotka jako u nás, protože populaci tvoří převážně mladí lidé.

8 DISKUZE

V této kapitole vyhodnocuji praktickou část bakalářské práce, která obsahuje řadu zajímavých poznatků, které si zaslouží hlubší zamyšlení. Touto problematikou se ještě nikdo nezabýval a ani tento průzkum nedělal. Práce se zabývá ošetrovatelskou péčí sestry o geriatrického pacienta v České republice a Turecku. Stanovila jsem si dva stěžejní cíle, které jsem se, pomocí dotazníkového šetření a strukturovaného rozhovoru, snažila splnit. Protože dané názory mají pouze dotazovaní respondenti v šetření, nemohu globalizovat. Z celkového počtu 20 dotazovaných zdravotních sester z KNTB a NKH a vrchní sestry daných zařízení mi vyšla tato data. Věk sester ze Zlína se ve 40 % pohybuje ve věkové kategorii 20-30 let, v Tekirdag je to 60 %. 20% ve Zlíně a 40 % v Tekirdag je ve věkové kategorii 31-40 let. Dále ve věkové kategorii 41-50 let je pouze ve Zlíně a to 30 %, taktéž kategorie 50 let a více 10 %. Nejvyšším dosaženým vzděláním je u 60 % sester ze Zlína středoškolské (SZŠ), 30 % VŠ – Bc. a 10 % VOŠZ. Na současném oddělení pracuje 60 % 1 – 5 let, 20 % 5 – 10 let, 10% méně než rok a 10 % 10 let a více. 80 % sester z Tekirdag má vysokoškolské vzdělání – Bc., 20 % VŠ – Mgr. Na daném oddělení 60 % sester pracuje 1 – 5 let, 20 % sester méně než rok, 10 % 5 – 10 let a zbylých 10% 10 let a více.

Prvním cílem bylo zjistit úroveň ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta v České republice a Turecku. Dozvěděla jsem se, že 100 % dotazovaných sester ze Zlína považuje práci s geriatrickými pacienty za velmi náročnou po fyzické i psychické stránce, pro některé je to stresující, u sester z Tekirdag má toto mínění pouze 50 % a to z důvodu špatné spolupráce se seniory. Jaká jsou specifika práce o seniora, odpovědělo 80 % sester ze Zlína a nejčastější odpovědí bylo, že: „*Sestra musí mít profesionální přístup ke starému člověku.*“, „*Měla by oslovovat seniora, jak se patří, protože tím posiluje sebeúctu.*“ a důležitá je komunikace, která není jednoduchá se starým člověkem. Většina sester z Tekirdag si myslí, že nejdůležitější je přístup, komunikace a empatie, která přispívá k nadstandardní péči o seniora. Jak je vnímán geriatrický pacient, tak na tuto otázku mi sestry ze Zlína odpověděly jednoznačně. Berou ho jako křehkého, starého a nemocného člověka, kterému chtějí poskytnout co nejlepší péči. Naopak u sester z Tekirdag je geriatrický pacient brát jako vážená osoba, které se prokazuje úcta a respekt. Důvěru seniorů si 40 % sester ze Zlína a 60 % sester z Tekirdag získává komunikací, trpělivostí, uměním naslouchat a vžitím se do situace pacienta. Všechny dotazované sestry (100 %) z obou zemí podporují sociální vazby se seniorem a jsou toho názoru, že by se na péči o geriatrické pacienty měli podílet i rodinní příslušníci. Ve 40 % to v KNTB funguje a rodinní příslušníci se aktivně zapojují do péče o pacienta, ale na 100 % to funguje v NKH ,

kde je rodinný příslušník k dispozici 24 hodin, protože je ve stálé blízkosti pacienta, bohužel dle výpovědi vrchní sestry z Tekirdag je nedostatek místa pro umístění rodinného příslušníka na pokoji pacienta. Velice důležitá je i komunikace sester s rodinnými příslušníky. Dle rozhovoru s vrchní sestrou ze Zlína zvládá komunikaci na výbornou 90 % z celkového množství 130 pracovníků LDN. Co se týče dodržování intimity geriatrických pacientů, tak v 70 % sester ze Zlína ji striktně dodržují, v Tekirdag je intimita dodržována na 100 %. Posilování soběstačnosti seniorů a jejich aktivizování se sestry ze Zlína snaží při každé možné příležitosti, ať už při ranní toaletě, stavování či při každé volné chvíli, ale důležitou součástí multidisciplinárního týmu je rehabilitační sestra, která pravidelně se seniory cvičí a snaží se je zaktivizovat, v Tekirdag jsou senioři odkázáni spíše na rodinné příslušníky, protože sestry se nepodílejí na rozvíjení soběstačnosti, totéž platí i o aktivizaci geriatrického pacienta. 80 % dotazovaných sester ze Zlína poskytuje geriatrickým pacientům komplexní péči a 90 % je přesvědčeno, že je poskytována na daném oddělení kvalitně. V Tekirdag je komplexní péče seniorům poskytována na 90 %, ale všech dotazovaných sester (100 %) si myslí, že je poskytovaná péče seniorům kvalitní. Když došlo na citlivější téma, které se týká kvality života seniorů, většina sester ze Zlína odpověděla, že se na oddělení snaží zachraňovat staré lidi, kteří se v dnešní době dožívají vysokého věku nebo je udržovat při životě, ale nechápou za jakou cenu, protože pak už to není život, jen čekání na smrt. V NKH není speciální geriatrická jednotka, protože většinu turecké populace tvoří mladí lidé, z toho důvodu byla zvolena jednotka, kde bylo nejvíce geriatrických pacientů a to chirurgická. Vrchní sestra z tohoto zařízení se o kvalitě života seniorů vyjádřila tak, že ji považuje, ošetrovatelskou péčí o geriatrické pacienty, za velmi důležitou a díky tomu v dnešní době žijí senioři déle v porovnání s minulostí. V rámci celoživotního vzdělávání si 100 % sester ze Zlína myslí, že mají dostatek seminářů a informací týkajících se geriatrického pacienta a péče o něj, bohužel v Tekirdag 90 % je přesvědčeno o tom, že tyto informace k dispozici nemají a z toho důvodu mají v oboru geriatric a gerontologie velké nedostatky.

Druhým cílem bylo zhodnotit úroveň a chod oddělení v České republice a Turecku. Na LDN jednotce se tým skládá z lékaře, vrchní sestry, staniční sestry, všeobecných sester, sanitářek a sester specialistek a pod sebou má 130 pracovníků, kteří pracují na šesti odděleních. Kapacita pacientů na oddělení je 40, celkově 184 lůžek. V NKH se skládá z lékaře, anesteziologů, vrchní sestry, staniční sestry a sester. Lůžek k dispozici pro pacienty je 60. Personál na obou zařízeních ve většině případů pracuje v nepřetržitém pracovním provozu, tzn., že mají denní a noční směny. Na LDN je na denní směně 1 staniční sestra, 2 všeobecné sestry, 2 sanitáři a

na ranní směnu 1 sestra, 1 převozový sanitář a 2 rehabilitační sestry. Na noční směnu je pouze 1 sestra a sanitářka. V KNH je na denní směnu staniční sestra a 5 sester, na noční jsou 2 sestry. 80 % sester ze Zlína si myslí, že je nedostatek zdravotnického personálu, 10 % sester si myslí, že není dostatek personálu, ale na chod oddělení stačí a 10 % si myslí, že je ho nedostatek jak kdy. 80 % sester z Tekirdag si myslí, že je nedostatek personálu a 20 % si myslí, že je ho dostatek. V tomto směru je to velice podobné v obou zařízeních. Vrchní sestra z KNTB je na 90 % spokojená s úrovní a prací personálu, není však spokojená s počtem, je zdravotnických pracovníků nedostatek pro vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče. Namátkově chodí na kontroly, také při velkých vizitách si všímá věcí a přístup sester k pacientům. Při nespokojenosti to řeší se staniční sestrou nebo sama zakročí. Řídí se pravidlem, že se dá vždy všechno zlepšovat, ať už komunikace a přístup k pacientům nebo chování k příbuzným a vzájemná komunikace. To je základ dobré práce. Vrchní sestra z NKH je počtem personálu nespokojená, je ho nedostatek, ale s prací sester je nadměru spokojená, stále se však snaží zlepšovat chod oddělení a proto je kontroluje občas při práci a na vizitách. V zařízeních jsou kladeny vysoké nároky na sestry. 100 % sester ze Zlína se shodlo na to, že jsou vysoké nároky kladeny v odborných znalostech, samostatnosti a zodpovědnosti. Dále kvalitně odvádět odbornou práci a mít kladný vztah ke starému člověku. Důležitost hraje empatie každé sestry. Také na většinu sester z Tekirdag se kladou vysoké nároky a to v komunikaci, empatii, vyjednávání s pacienty a rodinnými příslušníky. Obě zařízení pracují formou ošetrovatelského procesu. Sestry ve Zlíně chodí na směnu v šest hodin ráno a končí v šest hodin večer. Harmonogram je velice rozdílný. Sestry dělají nejen svou ošetrovatelskou péči, ale také vše musí zdokumentovat. V Tekirdag je to o hodinu později, chodí na sedm hodin a končí v sedm hodin večer a pracují 40 – 48 hodin týdně. Harmonogram sester spočívá pouze v plnění svých ošetrovatelských povinností a plnění ordinace lékaře. Co se týče specifčnosti práce, tak jsou sestry v obou případech vystavovány, jak psychickým, tak fyzickým vlivům. V Tekirdag mají sestry svou práci jednodušší v tom, že je stále přítomen rodinný příslušník, díky kterému je lepší vnitřní klid a pohoda pacienta. Vzdělávání popřípadě speciální nácviky jsou velice podobné a jsou ve formě vzdělávacích programů a organizačních schůzek s personálem a nadřízených.

ZÁVĚR

Toto téma jsem si zvolila, protože mě k tomu motivovala čtyřměsíční stáž v Turecku, ve městě Tekirdag. Chtěla jsem poukázat na rozdílnosti v ošetrovatelské péči o geriatrického pacienta, přístup sester a chod oddělení v České republice a Turecku. Zpracování teoretické i praktické části bylo pro mě velkým přínosem.

V teoretické části v kapitole o ošetrovatelské péči v České republice a Turecku jsem popsala vzdělání, kompetence a povinnosti sester v obou zemích. V kapitole o ošetrovatelské péči o geriatrického pacienta jsem objasnila pojmy gerontologie, geriatrie a jaká jsou specifika a cíle ošetrovatelské péče v ČR a Turecku. Dále jsem se věnovala tureckému zdravotnictví mýma očima, jak jsme jej vnímala a s jakými pacienty se v Turecku můžeme setkat.

V praktické části jsem zjišťovala, jaká je úroveň ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta, jak o něj sestry pečují v obou zemích a jak je jako pacienty vnímají. Také jsem chtěla zhodnotit úroveň a chod v daných zařízeních ve Zlíně a v Tekirdag. Tento výzkum jsem prováděla na základě vytvořeného dotazníku pro sestry a interviewem s vrchní sestrou z KNTB a NKH. V NKH není oddělení pro geriatrické pacienty, proto jsem zvolila takové oddělení, na kterém byli pacienti ve stejné věkové kategorii jako na LDN ve Zlíně.

Důležitým cílem ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty je co nejdříve zachování zdraví a soběstačnosti, integrace do společnosti i při zhoršení stavu a co nejdříve setrvání v rodinném prostředí. Při hodnocení cíle č. 1 jsem došla k závěru, že se obě zařízení snaží poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči o seniora, i když se jedná o zcela odlišná oddělení. Ukázaly se také odlišnosti v mentalitě, ale také v péči v obou zemích. V Turecku je starý člověk brán jako vážená osoba, které se za každé situace musí prokazovat úcta, respekt a dodržování intimity. Geriatrickému pacientovi je vždy k dispozici rodinný příslušník, který je i po dobu 24 hodin k dispozici nejen pacientovi, ale také sestře. Díky tomu mají sestry práci ulehčenou. Naopak v České republice je ve většině případů sestra odkázána na dopomoc pomocného personálu, ale pacientům je dle výzkumu poskytována daleko lepší ošetrovatelská péče. Důležitá je komunikace nejen se seniorem, ale hlavně s rodinnými příslušníky. Empatie je také důležitou součástí v péči, ale i trpělivost, dodržování intimity a hlavně aktivizace starého člověka.

Při hodnocení cíle č. 2 jsem došla k závěru, že obě zařízení mají nedostatek zdravotnického personálu na oddělení, což je vnímáno jako největší problém. Hodně se to odráží v péči o pacienty, protože někdy jim nemůže být poskytnuta taková péče, která je potřeba. Harmonogram a chod oddělení je v obou případech stejný.

Jelikož jsme měla tu možnost mít praxi v obou zařízeních, musím říct, že se výrazně liší nejen v péči, ale i v chodu a úrovně oddělení. Dle mého šetření je Česká republika v péči o geriatrické pacienty na vyšší úrovni než v Turecku ať už se jedná o jakékoliv oddělení.

S poznatky během zpracování bakalářské práce a s výsledky šetření seznámím všeobecné sestry z Centra klinické gerontologie ve Zlíně formou semináře.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRAM, Lynn. *Zrození moderní ženy: Evropa 1789-1918*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2005, 367 s. ISBN 80-7325-060-8.

AKIN, Belgin, Ümit SEVİĞ a Nimet KARATAŞ. *Türkiye’de gerontolog hemşireliği eğitimi (II): Bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması - deneyimler ve eğitim programı önerisi*. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Antalya, Kasım 2001, vol. 5, no. 1, s. 40–43.

BAHCECIK, Nefise a Sule Ecerit ALPA. *Nursing education in Turkey: From past to present*. Elsevier science, 2009 October, vol. 29, no. 7, s. 687- 703. ISSN: 0260- 6917.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Marie MARKOVÁ. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.

BEAUVIOR, Simone de. *Druhé pohlaví*: přel. z franc. orig. 1. vyd. Praha: Orbis, 1966, 412 s.

BOZKURT, Emine. *Women’s rights; Turkey’s way to Europe*. [online]. 2012. [2012-01-14]. Dostupný z WWW: <www.esiweb.org/pdf/esi_turkey_tpq_id_84.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka a Iлона PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP. *Návrh koncepce oboru geriatry*. [online]. 2001. [2013-01-12]. Dostupný z: <www.cggs.cz/dokumenty/koncepce_geriatrie.doc>.

ČESKO. Zákon o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odbor. pracovníků : § 4 Všeobecná sestra. In *55/2011 Sb.*. 2011, 20, s. 484-485. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886>>.

Český statistický úřad: *Počet obyvatel v oblastech, krajích a okresech České republiky*[online]. 10. 1. 2013. Praha, 2013 [cit. 2013-01-11]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DAL, Umran a Yeter KITIS. *The historical Development and Current Status OF Nursing in Turkey*. The Online Journal of Issues in Nursing. 2008, vol. 13, no. 2. ISSN: 1091-3734. Dostupné z: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/ArticlePreviousTopic/NursinginTurkey.html>>

ERGÖL, Şule. *Türkiye’de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi/ Nursing Education in Higher Education in Turkey*. [online]. 2011. [cit. 2012-11-30]., s. 152- 155. Dostupný z WWW: http://www.higheredu-sci.org/pdf/pdf_HIG_1546.pdf

FITZPATRICK, Margaret, Fauzia RAHMAN a Huseyin ESEN. *Globazition and education policy in Turkey: Education of women, religious aducation anh higher education*. [online]. 2009 [cit.2009-09-09]. Dostupný z WWW: <<http://education.illinois.edu/online/gse/documents/samples/turkey.pdf>>.

FROUZOVÁ, Magdaléna. *Závoj a džíny: Ženy v islámském světě*. 1. Praha: Vyšehrad, 2005. 208 s. ISBN 80-7021-776-6.

Hacettepe University Institute of Population Studies 2009. *Turkey Demographic and Health Survey 2008*. Ankara. Hacettepe University Hospitals Printing House, 2009. 287 s. ISBN 978-975-491-275-3.

HEGYI, Ladislav a Štefan Krajčák. *Geriatría*. 1. Vyd. Bratislava: Herba, 2010. 601 s. (Diešková edícia; zv. 4). ISBN 978-80-89171-73-6.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ, Květa ZIKMUNDOVÁ, a kol. *Vybrané kapitoly z Gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: EV public relations, spol. s. r. o., 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

IndexMundi [online]. Turkey, 2012 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.indexmundi.com/turkey/#Demographics>

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

Jak se můžeme registrovat v České asociaci sester. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-330-9

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzity, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk, Irena SOUKUPOVÁ a ČERMÁK, Martin. *Geriatr musí být především člověk*. Zdravotnické noviny, 2007, roč. 56, č. 49, s. 22 – 25. ISSN 0044-1996.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. ročník. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.

KHIDAYER, Emíre. *Arabský svět, jiná planeta?* 1. vydání. Praha: Mladá Fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2497-2.

KRÁTKÁ, Anna, Jana KUTNOHORSKÁ a Martina CICHÁ. *Ošetřovatelství – morální umění: kapitoly z dějin ošetřovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 201, 263 s. ISBN 978-80-247-4201-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

LÍŠKOVÁ, Miroslava a Iveta NÁDASKÁ. *Základy multikultúrneho ošetřovatelstva*. Martin: Osveta, c2006, 69 s. ISBN 80-8063-216-2.

Ministry of Health of Republic of Turkey Health Services General Directorate. *Health Tourism Handbook*. Ankara: BMS Press Hause, 2012., 246 s. ISBN 978-975-590-421-1.

ONDRUŠKOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

POCHYLÁ, Karla. *Koncepce českého ošetřovatelství: základní terminologie*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

ROZSYPALOVÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Marie ZVONÍČKOVÁ. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 86 s. ISBN 80-247-1503-1.

SENYUVA, Emine. *Trends towards distance education of nursing education in Turkey*. Turkish Online Journal of Distance Education-TOJDE, 2011, vol. 12, no. 4 article 8, s. 147–156.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra – reprezentant profese*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

SVOBODOVÁ, Hana. *Editorial*. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2006, č. 1, s. 1. ISSN: 1801-1349.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, xviii, 270 s. ISBN 8072623656.

Turkish Statistical Institute [online]. Ankara, Turkey, 2013 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.turkstat.gov.tr>

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. [online]. 2010-2013 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <<http://www.utb.cz/fhs/struktura/bakalarsky-studijni-program-osestrovatelstvi-studijni-obor>>.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 9. aktuál. vyd. Praha: Maxdorf, c2008, 518 s. ISBN 978-80-7345-15-2.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Feminismus a jeho současné podoby*. Revue politika. 2004, č. 1, s. 27.
ISSN: 1803-8468.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR	Česká republika
Bc.	Bakalář
č.	Číslo
DiS.	Diplomovaný specialista
EU	Evropská Unie
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)
Obr.	obrázek
LDN	Léčba dlouhodobě nemocných
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.
NKH	Namik Kemal Hastanesi
ARIP	specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: První dobrovolnické turecké sestry pomáhají pacientům (1912)

Obr. 2: Dobrovolné turecké sestry Červeného půlměsíce s veterány (1913)

Obr. 3: Studenti a instruktoři tureckého Červeného půlměsíce (1925)

Obr. 4: Soukromá oční nemocnice Trakya Hastanesi

Obr. 1: PRVNÍ DOBROVOLNICKÉ TURECKÉ SESTRY POMÁHAJÍ PACIENTŮM

(1912)



Obr. 2: DOBROVOLNÉ TURECKÉ SESTRY ČERVENÉHO PŮLMĚSÍCE S VETERÁNY

(1913)



Obr. 3: STUDENTI A INSTRUKTOŘI TURECKÉHO ČERVENÉHO KŘÍŽE (1923)



Obr. 4: SOUKROMÁ OČNÍ NEMOCNICE TRAKYA HASTANESI



SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 **Věk respondentů**
- Tabulka 2 **Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?**
- Tabulka 3 **Jak dlouho respondenti pracují na současném oddělení?**
- Tabulka 4 **V jaké pracujete provozu?**
- Tabulka 8 **Myslíte si, že je Vaše práce doceněna?**
- Tabulka 9 **Myslíte si, že je Vaše práce se seniory náročná? V čem nejvíce?**
- Tabulka 12 **Jakým způsobem respondenti získávají důvěru seniorů?**
- Tabulka 13 **Podporují respondenti sociální vztahy se seniorem?**
- Tabulka 15 **Je dle respondentů zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty přínosné?**
- Tabulka 16 **Umožňují respondenti rodinným příslušníkům se zapojit do péče pacienta?**
- Tabulka 17 **Jak by respondenti zhodnotili spolupráci rodinných příslušníků?**
- Tabulka 18 **Dodržují respondenti intimitu geriatrických pacientů při ošetrovatelské péči?**
- Tabulka 21 **Snaží se respondenti dávat geriatrickým pacientům komplexní péči?**
- Tabulka 22 **Myslí si respondenti, že je ošetrovatelská péče na daném oddělení kvalitní?**
- Tabulka 24 **Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se geriatrického pacienta a péče o něj v rámci celoživotního vzdělávání?**
- Tabulka 25 **Vyhledávají respondenti možnosti účastnit se seminářů nebo konference?**

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 **Věk respondentů**
- Graf 2 **Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?**
- Graf 3 **Jak dlouho respondenti pracují na současném oddělení?**
- Graf 4 **V jakém pracujete provozu?**
- Graf 8 **Myslíte si, že je Vaše práce doceněna?**
- Graf 9 **Myslíte si, že je Vaše práce se seniory náročná? V čem nejvíce?**
- Graf 12 **Jakým způsobem respondenti získávají důvěru seniorů?**
- Graf 13 **Podporují respondenti sociální vztahy se seniorem?**
- Graf 15 **Je dle respondentů zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty přínosné?**
- Graf 16 **Umožňují respondenti rodinným příslušníkům se zapojit do péče pacienta?**
- Graf 17 **Jak by respondenti zhodnotili spolupráci rodinných příslušníků?**
- Graf 18 **Dodržují respondenti intimitu geriatrických pacientů při ošetrovatelské péči?**
- Graf 21 **Snaží se respondenti dávat geriatrickým pacientům komplexní péči?**
- Graf 22 **Myslí si respondenti, že je ošetrovatelská péče na daném oddělení kvalitní?**
- Graf 24 **Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se geriatrického pacienta a péče o něj v rámci celoživotního vzdělávání?**
- Graf 25 **Vyhledávají respondenti možnosti účastnit se seminářů nebo konference?**

SEZNAM PŘÍLOH

- P I: Činnosti všeobecné sestry dle vyhlášky č. 55/2011 Sb.
- P II: Dotazník v českém jazyce
- P III: Dotazník v anglickém jazyce
- P IV: Strukturovaný rozhovor v českém jazyce
- P V: Strukturovaný rozhovor v anglickém jazyce

PŘÍLOHA P I: ČINNOSTI VŠEOBECNÉ SESTRY DLE VYHLÁŠKY Č. 55/2011 SB.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,
- m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky včetně návykových látek (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,

e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nasogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty

b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK V ČESKÉM JAZYCE



Dobrý den,

jmenuji se Martina Palacká a jsem studentka 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma **Ošetrovatelská péče sestry o geriatrického pacienta v České republice a Turecku**. Tímto bych Vás chtěla poprosit o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, informace použiji pouze pro účely výzkumu. Dotazník obsahuje 20 uzavřených a otevřených otázek + 1 doplňující, u nich vyberete jednu odpověď nebo vyjádříte svůj názor. Za vyplnění tohoto dotazníku Vám předem děkuji. S pozdravem studentka

Martina Palacká

1. Kolik je Vám let?

- a) 20-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 50 a více let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) SZŠ
- b) VOŠZ
- c) VŠ – Bc.
- d) VŠ – Mgr.
- e) Jiné: _____

3. Jak dlouho pracujete na současném oddělení?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 - 5 let
- c) 5 - 10 let
- d) 10 let a více

4. V jakém pracujete provozu?

- a) V nepřetržitém pracovním režimu
- b) Ve dvousměnném
- c) Ve třisměnném

5. Kdo pracuje v multidisciplinárním týmu?

6. Jaká je skladba personálu na (doplňte):

Denní směně: _____

Odpolední směně: _____

Noční směně: _____

7. Je podle vás na oddělení dostatek zdravotnického personálu?

8. Myslíte si, že je Vaše práce doceněna?

- a) Ano
- b) Ne, proč?

9. Myslíte si, že je Vaše práce se seniory náročná? Pokud ano, tak v čem nejvíce?

- a) Ano, _____
- b) Ne

10. Jaká jsou z Vašeho pohledu specifika práce sestry pečujícího o seniory?

11. Jak vnímáte geriatrického pacienta?

12. Jakým způsobem získáváte důvěru seniorů?

- a) Respektuji ho a beru takového, jaký je, nedělám rozdíly
- b) Svým profesionálním a citlivým přístupem
- c) Mojí komunikací, trpělivostí, uměním naslouchat a umím se vžít se do jeho situace
- d) Nezískávám, je mi to jedno

13. Podporujete sociální vazby se seniorem? (empatie, komunikace..)

- a) Ano
- b) Ne

14. V čem jsou na Vás kladeny vysoké nároky na oddělení?

15. Zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienty je dle Vašeho názoru přínosné?

- a) Ano
- b) Ne

16. Umožňujete zapojení rodinných příslušníků pacienta do péče o něj?

- a) Ano
- b) Ne

17. Jak byste hodnotila spolupráci rodinných příslušníků?

- a) Jsou aktivní, podílejí se na péči pacienta

- b) Aktivně dopomáhají v návštěvních hodinách s péčí pacienta
- c) Dopomáhají jen na požádání
- d) Ne, nespolupracují, pacient je odkázán službám oddělení

18. Dodržujete intimitu geriatrických pacientů při ošetrovatelské péči?

- a) Ano
- b) Ne

19. Jakým způsobem posilujete soběstačnost seniorů?

20. Jak aktivizujete geriatrického pacienta?

21. Snažíte se dávat geriatrickým pacientům komplexní péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) V rámci možností

22. Myslíte si, že je ošetrovatelská péče, poskytnuta seniorům, na Vašem oddělení kvalitní?

- a) Ano
- b) Ne

23. Co si myslíte o kvalitě života seniorů?

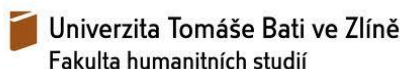
24. Myslíte si, že je dostatek seminářů týkajících se geriatrického pacienta a péče o něj v rámci celoživotního vzdělávání?

- a) Ano
- b) Ne

**25. Vyhledáváte možnosti účastnit se semináře
nebo konference?**

- a) Ano
- b) Ne

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK V ANGLICKÉM JAZYCE



Hello,

my name is Martina Palacká, I am study at university for nurse in Czech republic. I write bachelor thesis about tha nursing care of geriatric patients in the Czech republic and Turkey.

Please, feel free to ad dany comments and whatever comes to you mind. I will be grateful for any detailed personal opinions and ideas. Questionnaire ai anonymouse.

Thank you for your time.

Martina Palacká

1. How old are you?

- a) 20-30 years
- b) 31-40 years
- c) 41-50 years
- d) 50 years and over

2. Your highest level of education is:

- a) high school for nurses
- b) Higher Vocational School of Health
- c) University – bachelor – Bc.
- d) University - master
- e) Other: _____

3. How long have you been in the current department?

- a) Less than 1 year
- b) 1-5 years
- c) 5 to 10 years
- d) 10 years and over

4. Operation of the department?

- a) In the continuous mode of operation
- b) in two-shift
- c) In three-shift

5. Who works in a multidisciplinary team?

6. What is the composition of personnel (fill in):

Day shift:

Afternoon shift:

Night Shift:

7. Do you think the department enough medical staff?

8. Do you think that your work is appreciated?

- a) Yes
- b) No, why?

9. Do you think that your work with the elderly demanding? If so, in what most?

- a) Yes, _____
- b) No

10. What are in your view on the specifics of a nurse caring for the elderly?

11. What you think about geriatric patient?

12. How do you get the confidence of seniors?

- a) respect him and take what he is, do not discriminate
- b) their professional and sensitive approach
- c) My communication, patience, art-to join in on and I can put myself in their situation
- d) I do not care

13. Promotes social ties with senior citizens? (empathy, communication ..)

- a) Yes
- b) No

14. What are you demanding the department?

15. The involvement of family members in the care of patients is beneficial in your opinion?

- a) Yes
- b) No

16. Allows a patient's family members to care for him?

- a) Yes
- b) No

17. How would you assess the cooperation of family members?

- a) They are active, participate in patient care
- b) Actively dopomáhají in guest-ing hours of patient care
- c) Dopomáhají only on request
- d) No, do not work, the patient is referred services department

18. Do you maintain intimacy geriatric patients in nursing care?

- a) Yes
- b) No

19. How do you strengthen self-sufficiency seniors?

20. How activates the geriatric patient?

21. I try to give geriatric patients complete care?

- a) Yes
- b) No
- c) Within the possibilities

22. Do you think that the nursing care provides seniors on your quality department?

- a) Yes
- b) No

23. What do you think about the quality of life of older people?

24. Do you think that is enough seminars on geriatric patients and care for them in the context of lifelong learning?

- a) Yes
- b) No

25. Search for opportunities to participate in seminars or conferences?

- a) Yes
- b) No

PŘÍLOHA P IV: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Strukturovaný rozhovor pro vrchní sestru z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

1. Jak dlouho jste sestrou?
2. Co Vás vedlo k tomu stát se sestrou?
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jak se vzděláváte Vy sama?
5. Máte specializaci v gerontologii?
6. Jak dlouho jste zaměstnaná v daném zařízení?
7. Kde jste pracovala předtím?
8. Jak jste se dostala do role vrchní sestry?
9. Jaká je Vaše role vrchní sestry? V čem je nejnáročnější?
10. Myslíte, že máte u personálu respekt?
11. Myslíte, že je něco, co personálu na Vás vadí a co naopak oceňují?
12. Jaká je spolupráce s ošetrovatelským personálem?
13. Jak a podle čeho si vybíráte personál?
14. Jaký typ sestry Vám nejvíce vyhovuje? Jaké by měla mít osobnostní předpoklady?
15. Jaká vlastnost je nejdůležitější?
16. Jaké kategorie zdravotnických pracovníků na Vašem oddělení pracují (počet)?
17. Jste spokojená s počtem a úrovní personálu?
18. Děláte opatření pro zlepšení chodu oddělení?
19. Upozorňujete personál na jejich chyby?
20. Jaká je kapacita pacientů na oddělení?
21. Pracuje personál v týmech a kolik mají pacientů na starost?
22. Pracuje personál formou ošetrovatelského procesu?
23. Jaký je harmonogram oddělení?
24. Jak byste charakterizovala specifika na Vašem oddělení?
25. Pořádáte vzdělávací či specifické nácviky pro personál?
26. Jaká je komunikace s rodinnými příslušníky?
27. Jaký je Váš pohled na kvalitu života seniorů?

PŘÍLOHA P V: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR V ANGLICKÉM JAZYCE

Strukturovaný rozhovor pro vrchní sestru z Namik Kemal Hastanesi z Tekirdag.

1. For how long have you been working as a nurse?
2. What made you to become a nurse?
3. What is your highest level of education?
4. How do you educate yourself?
5. Do you specialize in gerontology?
6. How long have you been employed in this device?
7. Where did you work before?
8. How did you get into the head nurse position?
9. What are your duties? Which one is the most challenging?
10. Does the staff respect you?
11. Do you think there is something that the staff minds towards you and what is appreciated on the other hand?
12. What's like the cooperation with the nursing staff?
13. How do you choose your staff?
14. What type of nurse do you prefer? What should her personality like?
15. What trait is the most important?
16. What are the specific types of health workers in your department (amount)?
17. Are you satisfied with the amount and quality of staff?
18. Do you take any actions for improving the running of the department?
19. Is the staff aware of mistakes they've made?
20. What is the capacity of patients on the clinic?
21. Does the staff work in teams and how many patients do they look after?
22. How would you describe the specifics of your department?
23. Does the staff work following the nursing process?
24. What is the department's schedule?
25. Do you practice specific drills or staff training?
26. What is communication with family members like?
27. What do you think about the quality of older people's lives?